Nr. 47. 23. listopada 1930 Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. BENEDYKT DYBOWSKI

1833—1930 [1])

Zmarł człowiek, którego imię polskie znane było w świecie naukowym całej kuli ziemskiej. W Polsce, prócz nimbu wiedzy, otaczała go nadto aureola męczeństwa. Ale — rzec można — męczeństwa triumfującego. Moment, — bodaj nie mający sobie równego. Poprzez zesłanie, poprzez katorgę, poprzez osiedlenie, niespożyty duch Dybowskiego wzbija się na najwspanialsze wyżyny odkryć naukowych i jakby w odpowiedzi za klęskę 1863 roku, gdzie siła fizyczna nie mogła sprostać dzikiej przemocy, ten duch kultury polskiej, na ziemi rosyjskiej, we wschodniej Syberji, dokonywa dzieł nieśmiertelnych. I ta sama Rosja, która jako powstańca pędziła go na zatracenie aż hen, w okolice Bajkału, ta sama Rosja, pobita przez niego na polu naukowem i to na terenie, który już poprzednio komisje uczonych petersburskich bezowocnie badały, prosi Dybowskiego o przyjęcie katedry uniwersyteckiej w Tomsku...



Według portretu fotograficznego, wykonanego przez p. Janinę Mierzecką.

Na żałobną wieść o jego zgonie, prasa wszystkich krajów, prasa codzienna i prasa fachowa, zamieściła nekrologi, do których bujne i długie jego życie [2]) dostarczyło niewyczerpanej ilości materjału:

Życie to możnaby podzielić na pięć okresów:

I. Okres 1833—1864, od urodzenia do powstania styczniowego.

II. Okres 1864—1876, okres zesłania.

III. Okres 1878—1884, pobyt na Kamczatce.

IV. Okres 1884—1906, działalność profesorska na Uniwersytecie lwowskim.

V. Okres 1906—1930, schyłek życia, praca około pamiętników.

Benedykt Dybowski urodził się dnia 30 kwietnia 1833 [3]) w okolicy Mińska w Adamczynie. Wczesne zamiłowanie do nauk przyrodniczych zdradzał już w gimnazjum, które kończył w Mińsku. Na uniwersytecie, w Dorpacie, studjował przyrodę i medycynę. Już w roku 1856, za pierwszą swą pracę naukową, otrzymał złoty medal.

W roku 1857 opuścił Dorpat i udał się na dalsze studja do Wrocławia, gdzie stara się rozstrzygnąć pytanie, czy zróżniczkowanie płci nie tkwi już w samej budowie jaja. W tym celu podejmuje doświadczenia ze sztucznem zapładnianiem pszczół, a wynikła stąd dysertacja służy mu do uzyskania dyplomu doktora medycyny. Otrzymuje go dnia 18 stycznia 1860 w Berlinie, po dwuletnim tamże pobycie (1859—1860). W tymże okresie, bo w roku 1859 pojawia się epokowe dzieło Darwina o powstawaniu gatunków. Porywa ono młody, a krytyczny umysł Dybowskiego i powoduje jego natychmiastowe przyłączenie się do teorji selekcyjnej. Po odbyciu z profesorem Grube podróży nad Adryjatyk, wraca w roku 1861 do Dorpatu, a w roku 1862 nostryfikuje doktorat. Wykończona tymczasem monografja o karpiach zwraca na niego do tego stopnia uwagę świata naukowego, że Kraków powołuje go na katedrę zoologji. Ale losy poszły inną drogą.

W atmosferze politycznej czuć było burzę. Dybowski, bolejąc nad losem narodu, wierzył, że w pracy można znaleźć potrzebne ukojenie. Gdy w kraju o warunki do takiej pracy było trudno, nosił się z myślą przeniesienia się do Paryża i zaciągnięcia się do służby lekarskiej w kolonjach francuskich. Jednakże ruch przedpowstańczy zataczał już szerokie kręgi i pociągnął go z sobą. Aresztowany w Dorpacie, został wprawdzie niebawem wypuszczony na wolność, ale o objęciu katedry w Krakowie nie było już mowy. Żeby natomiast nie tracić kontaktu z organizacjami powstańczemi, przyjął Dybowski posadę zastępcy profesora zoologji i anatomji porównawczej w Głównej Szkole warszawskiej.

Aresztowany ponownie, zostaje w lutym 1864 zesłany na lat 15 do kopalni nerczyńskich. Na wygnaniu prowadzi jednak z niezmordowaną wytrwałością badania naukowe, przetrząsa lasy, stepy, wody, interesuje go szczególniej jezioro bajkalskie. W roku 1868, towarzysząc generałowi Skolkowowi, dociera aż do wschodnich wybrzeży Azji. Nie brak mu w tym czasie dzielnych druhów: należą do nich Wiktor Godlewski i Michał Jankowski. Organizuje cały szereg pomniejszych wycieczek, w zbudowanem przez siebie czółnie zwiedza i bada przeróżne rzeki i jeziora. Lat 12, spędzonych we wschodniej Syberji, — ów drugi okres swego życia, poświęcił więc Dybowski zbadaniu kraju, z którym go związało przeznaczenie. Pochłonięty czarem nauki, nie omieszkał przy tem, choć sam uciemiężony, nieść pomoc ubogiej ludności. Była to, w braku środków materjalnych, pomoc oczywiście humanitarna, samarytańska.

Zabiegi około naukowego zbadania owego kraju były przedsięwzięte już i dawniej. Ale dopiero Dybowski poprowadził je w sposób racjonalny i postawił na stopie, odpowiadającej nowoczesnym wymaganiom. Przedewszystkiem wyszedł on z założenia, że fauna każdego kraju zależna jest od warunków, temu krajowi właściwych. Dzięki temu ustalił więc cały szereg odmian gatunkowych, odkrywając zarazem i nowe gatunki. Zbiory jego, przeznaczone do porównania ze zbiorami muzeów europejskich, wzbogaciły później zoologiczny gabinet warszawski, którego kustoszem był przyjaciel Dybowskiego, Władysław Taczanowski.

---

[1]) Wygłoszono jako wspomnienie pośmiertne dnia 14 lutego b. r. w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem, którego Zmarły był Członkiem honorowym.

Szczegóły biograficzne zaczerpnięto głównie z dwóch źródeł: Grochmalicki J.: Profesor Dr. Benedykt von Dybowski. Eine biographische Skizze. Russische Hydrobiologische Zeitschrift, Bd. VI, Nr. 6—7, 1927, Saratow.

Pamiętnik Dra Benedykta Dybowskiego od roku 1862 zacząwszy do roku 1878, Lwów 1930.

W zakończeniu streszczono wrażenia, wyniesione z osobistych rozmów ze ś. p. Dybowskim.

[2]) Zmarł dnia 31 stycznia b. r., przeżywszy lat 97.

[3]) Niektóre dzienniki podały fałszywą datę 1835.

Pomimo braku odpowiednich środków, wynik badań Dybowskiego był zdumiewający. Z różnych dziedzin nauk przyrodniczych ogłoszonych zostało przeszło 20 rozpraw. Z większych zwierząt odkryty został (w kraju Ussuri) jeleń w nieznanej odmianie, nazwanej odtąd imieniem odkrywcy *(Cervus Dybowskii)*. Okazało się, że tamtejszy tygrys, opisany przez Dybowskiego jako *Megalotigris Gleni*, różni się od tygrysa południowo-azjatyckiego, a więc indyjskiego i przewyższa go znacznie wielkością. Pies morski bajkalski został opisany jako nowa postać *(Phoca sibirica)*. W roku 1865 nadeszły do Warszawy pierwsze transporty ptaków. Przysłanych i obserwowanych przez Dybowskiego 434 gatunków ptaków wschodnio-syberyjskich, — wśród nich 80 gatunków nieznanych już to na Syberji, już to wogóle, — to był materjał, który posłużył Taczanowskiemu do napisania znakomitego dzieła o Avifaunie syberyjskiej. W pewnej okolicy opisał Dybowski 35 gatunków ryb, z których połowa była nieznana. Do najdonioślejszych należały niewątpliwie badania nad fauną jeziora bajkalskiego, obejmujące wszelkie gatunki, od najniższych, do najwyższych.

Nie dość na tem. Wyniki poszukiwań Dybowskiego stały się bodźcem dla całego szeregu późniejszych badaczy. Pod wpływem nieoczekiwanych wyników rząd rosyjski wysłał nad jezioro bajkalskie w latach 1900—1901 całą wielką ekspedycję pod kierownictwem Korotnewa.

Wskutek starań, podjętych przez instytucje naukowe, pozwolono wreszcie Dybowskiemu w roku 1876 powrócić do kraju. Wtedy to ofiarowywano mu profesurę w Tomsku. Ale popęd do badań skierował go gdzieindziej.

Tu zaczyna się trzeci okres jego życia.

W roku 1878 objął stanowisko lekarza powiatowego na Kamczatce. Po półrocznej podróży przez Syberję stanął w lipcu 1879 w Petropawłowsku. Pobyt 6-letni na Kamczatce zaznacza się nowemi badaniami i nowemi publikacjami, głównie ornitologicznemi, które ogłasza już to sam, już to odstępuje Taczanowskiemu. Z tego okresu datują się także rozprawy lekarskie. Jak wynikało z przyjętego stanowiska, z całą troskliwością poświęca się na usługi krajowej ludności. Ludność tę, poprostu wymierającą z głodu i pogrążoną w krańcowej apatji, począł ratować, jak mógł. Przewozi ją własnemi środkami na odpowiedniejsze miejsca, wskazuje jej źródła dochodów, uczy chowu królików i kóz, stwarza rezerwaty dla sobola, walcząc z zawiścią handlarzy, tępiących tę zwierzynę dla kosztownych futer. Tu zetknął się Dybowski z trądem. Nieustraszony, wdaje się w walkę z tą chorobą. Niesie pomoc, przeprowadza odosobnienie dotkniętych zarazą, sam jeden, opuszczony przez wszystkich, nawet przez powołanych do tej pracy z urzędu lekarzy rosyjskich.

Na Kamczatce dochodzi go powołanie do Lwowa na katedrę uniwersytecką. Powołaniu temu oprzeć się nie mógł. Powraca więc do ojczyzny, obejmuje to stanowisko i pozostaje na niem od roku 1884 do 1906. Jestto czwarty okres, okres pracy pedagogicznej. Pojawiają się nowe publikacje: z zakresu biologji, anatomji porównawczej, systematyki i faunistyki prawie wszystkich zwierząt. Z tego okresu pochodzi teorja filogenetycznego rozwoju zębów.

Ustąpiwszy z katedry po wysłużeniu swych lat, zamyka się Dybowski w zaciszu domowem, ale pracować nie przestaje. Ten ostatni okres jego życia nazwalibyśmy okresem rachunku z przeszłości, okresem, w którym pojawiły się jego cenne pamiętniki. Ukończywszy część ich w listopadzie 1929 roku, pisał we wstępie: „Gdyby mi starczyło zdrowia, pragnąłbym jeszcze ogłosić pamiętniki moje o Kamczatce i Kamczadałach, czyli o kraju i narodzie, najciekawszym i najsympatyczniejszym w Azji". I w rozmowach z upodobaniem wracał do Kamczatki. Zapalał się wtedy niezwykle! Bo też okres, spędzony w tym kraju, był bodaj że najpromienniejszym w jego życiu. Można go nazwać okresem charytatywnym. Tam, pozostawiony własnym siłom, ba! nawet zwalczany, trwał w swem posłannictwie, jak przez Opatrzność zesłany Anioł-stróż i ratował własnym przemysłem i własną energją jedno plemię od zagłady, dźwigając je z jakimś nadludzkim wysiłkiem z upadku fizycznego i umysłowego, moralnego i materjalnego. I gdyby za nic innego, to za tę właśnie działalność należy mu się: Cześć całej ludzkości [1]).

Witold Ziembicki.

[1]) Spis prac ś. p. Dybowskiego, zestawiony przez J. Grochmalickiego, znajduje się na wstępie wspomnianego „Pamiętnika", Lwów, 1930.

PRACE ORYGINALNE.

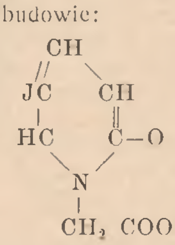
Dr. LINDENFELD. Kraków.

O dożylnej pyelografji przy użyciu uroselectanu.

Z drugiej kliniki chirurgicznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Glatzel.

Mimo szerokiego zastosowania i doskonałych wyników jakie daje pyelografja drogą cewnikowania moczowodów, starano się oddawna znaleźć środek, któryby wprowadzony do ustroju ludzkiego drogą żył lub doustnie potrafił dać obraz narządów moczowych. Zarzucano bowiem pyelografji „od dołu", że jest metodą niefizjologiczną, gdyż wprowadzony do moczowodu cewnik i płyn odbijający mogą powodować ruchy miedniczki i moczowodu wychodzące poza fizjologiczne granice. Dalszą przyczyną ciągłego poszukiwania nowego sposobu jest ta okoliczność, że istnieje cały szereg przypadków, w których jest brak warunków czyto dla wziernikowania pęcherza czy też cewnikowania moczowodu, a więc tem samem dla pyelografji, już to z powodu zmian anatomicznych, względnie patologicznych jużto z powodu trudności technicznych.

Amerykanie Rowntree, Osborne, Sutherland i Scholl podawali 5—20 gramów jodku sodu dożylnie lub doustnie i w ten sposób otrzymywali tylko obraz pęcherza. Miedniczka nerkowa była niewidoczna. Urolog wiedeński Hryntschak łączył barwiki z jodem lub bromem. Okazało się, że połączenie jodu z indygokarminem jest w wodzie nierozpuszczalne, połączenie zaś halogenów z phenolsulfophtaleiną zmienia własności wydalania się tej ostatniej i silnie barwi całe zwierzę. Próbował on jeszcze wielu innych środków i podawał równocześnie, aby wpłynąć na zwiększenie pracy zagęszczenia nerek — pituitrynę, aby zaś zwolnić ruchy miedniczki i moczowodu, — atropinę. W ten sposób otrzymane rentgenogramy zwierząt były lepsze lecz niezadawalniające. Roseno w swym „Pyelognoście" połączył jod z mocznikiem, opierając się na słusznym przypuszczeniu, że jod związany z mocznikiem wydzieli się prawie całkowicie przez nerki, podobnie jak w połączeniu z phenolsulfophtaleiną wydziela się drogami żółciowemi, co zresztą wyzyskano dla radjografji woreczka żółciowego. Mocznik posiada nadto wybitne działanie moczopędne a to dzięki zdolności wydalania wody z tkanek i odprowadzania jej drogą krwi i nerek. W ten sposób powstaje wartki odpływ moczu z nerek, a tem samem nieodzowny warunek dla dobrego zdjęcia rentgenologicznego. Okazało się jednak przy stosowaniu pyelognostu u człowieka, że zbyt często występują przykre objawy uboczne, jak bóle głowy, nudności, wymioty, a niekiedy nawet i zapady (Hütter, Kamniker, Gagstatter). Przytem wszystkiem wyrazistość zdjęć okazała się niedostateczną. Ziegler i Köhler starali się w czasie zdjęcia przy pomocy umyślnie sporządzonego uciskacza działającego na moczowody wpłynąć na podniesienie wyrazistości obrazu. Wreszcie chemicy Binz i Räth zastąpili w selectanie grupę metylową sodkiem glyciny i otrzymali pełnowartościowy środek, który Lichtenberg i Swick wprowadzili do badań klinicznych pod nazwą Uroselectanu. Jest to sól sodowa pyridiny, zawierająca 42% organicznie związanego jodu, o budowie:



Uroselectan jest w wodzie łatwo rozpuszczalny, o oddziaływaniu obojętnem wydziela się przez nerkę w stężeniu koniecznem dla dobrego zdjęcia. Nie posiada mimo wielkiej zawartości jodu żadnego działania trującego, a to dlatego, że jod jest organicznie silnie związany i zostaje w niezmienionej postaci w 92% wydzielony z moczem, pozostałość natomiast według Gissela w dużej części z kałem.

Technika tego sposobu jest następująca: 40 g substancji zawierającej 42% jodu rozpuszcza się w 100 ccm jałowej destylowanej wody przy ciepłocie pokojowej.

Po dwukrotnem przesączeniu wyjaławia się płyn w ciągu 20 minut. W ten sposób przygotowany roztwór podgrzany do ciepłoty ciała wstrzykuje się w całości do żyły, przyczem wstrzykiwanie trwać winno 5—10 minut. Pierwsze zdjęcie wykonuje się w 10—15", drugie 30—45 po wstrzyknięciu. Przy niewydolności nerki potrzebne jest niekiedy jeszcze zdjęcie po 3—6 godzinach.

Wyrazistość obrazu zależna jest od zdolności wydzielniczej nerki i od stopnia stężenia zawartego w moczu jodu. A więc zarówno słabe wydzielanie jak i niedostateczna zdolność zagęszczenia upośledzają w równej mierze wyrazistość zdjęcia. W pyelografji dożylnej posiadamy zatem metodę, która pozwala nam stwierdzić zdolność wydalania nerki, a przytem pozwala na pewne wnioski co do zmian anatomicznych w nerce i w odprowadzających drogach moczowych. Jest ona do pewnego stopnia radjograficzną próbą czynnościową nerek. Zdrowa nerka wydziela jod sprawniej niż chora, a co zatem idzie obraz wystąpi szybciej i wyraźniej. Przy znacznem zaś upośledzeniu wydolności nerki albo nie otrzymamy obrazu zupełnie, albo też otrzymamy go bardzo późno. Ponadto stwierdzenie ilości wydzielonego z moczem jodu lub też okresowa kontrola ciężaru gatunkowego moczu może również rzucić światło na wydolność nerek.

Zakres stosowania uroselectanu obejmuje te przypadki, w których pyelografja drogą cewnikowania jest niewykonalna, a więc przypadki: niedrożności względnie zwężenia cewki czy moczowodu, ciężkie schorzenia pęcherza zmniejszające jego pojemność, przetoki pęcherzowe lub moczowodowe (szczególnie po zabiegach ginekologicznych i położniczych), obfite krwawienia narządów moczowych, ostre i przewlekłe sprawy zapalne przydatków, przerost gruczołu krokowego oraz schorzenia urologiczne u małych dzieci. Przeciwwskazanie natomiast dla stosowania uroselectanu stanowią takie sprawy jak czynna gruźlica płuc, wrażliwość na jod, thyreotoksykozy i ostre stany zapalne nerek.

Lichtenberg i Swick opisują 84 przypadki, (obecnie miała ta ilość wzrosnąć do 400), które badane uroselectanem dały pyelogrammy wystarczające dla rozpoznania klinicznego, potwierdzonego przez pyelografję „od dołu“ i przez zabieg operacyjny. W 75% przypadków pyelografja dożylna bez innych badań dodatkowych umożliwiła rozpoznanie. Kielleuthner stosował uroselectan 34 razy zawsze bez powikłań. Chorzy skarżyli się jedynie na uczucie ciepła, znane zresztą z dożylnych wstrzykiwań środków leczniczych. Celem przekonania się jak organizm chorego oddziaływa na jod poleca dzień przedtem pędzlowanie skóry jodyną. Gissel otrzymywał dobre obrazy w połowie swych przypadków.

W listopadzie u. r. toczyła się w Wiedeńskim Towarzystwie Lekarskiem ożywiona dyskusja nad pyelografją dożylną. Głos zabierali kolejno: Hütter, Pleschner, Kornitzer, Sgalitzer, Necker, Kamniker, Felber i Gagstatter. Wszyscy prócz Gagstattera byli zgodni co do tego, że chorzy znoszą wstrzykiwania uroselectanu bez szkody i że uzyskane obrazy posiadały wystarczającą wyrazistość.

Sgalitzer omawia przypadek, w którym przy pyelografji wstecznej wypełnił się tylko moczowód bez obrazu miedniczki, tak że myślał o nowotworze wypełniającym jej światło. Dopiero wypełnienie miedniczki uroselectanem dało obraz wodonercza i w ten sposób ustaliło niewątpliwie rozpoznanie zwężenia moczowodu. Rozpoznanie to zostało potwierdzone przez zabieg operacyjny.

Necker stwierdził w przypadku przerostu gruczołu krokowego z dużym uchyłkiem pęcherza i następowym obfitym i uporczywym ropomoczem, zupełne ustąpienie ropienia po zastosowaniu uroselectanu dla celów rozpoznawczych. Zjawisko to przypisuje silnemu bakterjobójczemu działaniu uroselectanu, który jak wiadomo jest pochodną selectanu obojętnego, znanego z dodatniego działania w przypadkach zakażenia dróg moczowych ziarniniakami.

Drachter wstrzykuje uroselectan dzieciom i oseskom i zapowiada tą drogą wzbogacenie naszych wiadomości o zmianach wrodzonych i nabytych narządu moczowego.

Wyniki autorów niemieckich potwierdzili Pasteur, Vallery-Radot, Dalsace, Nemours-Auguste i Derot. Według nich ciśnienie krwi po wstrzyknięciu uroselectanu nie ulega wahaniom, tętno przyspiesza się na krótki okres czasu, a jod w 9/10 części zostaje wydzielony w moczu w ciągu 8-miu godzin. Ravassini stosował uroselectan 10 razy i otrzymał dobre obrazy w 8-miu przypadkach. Santi wykonał pyelografję dożylną u 5-ciu ciężarnych. W piśmiennictwie polskiem Schenker i Wachtel opisują trzy przypadki stosowania pyelognostu.

Na II. Klinice Chirurgicznej U. J. w Krakowie zastosowano uroselectan pięć razy i to w przypadkach gruźlicy, nowotworu nerki, przetoki moczowodowo-pochwowej, wodonercza i guza pozaotrzewnowego. Chorzy nasi byli w wieku od 25 do 60 lat. Przygotowano ich jak do zwykłego zdjęcia roentgenologicznego nerek, a więc w dzień poprzedzający pyelografję dokładnie opróżniono przewód pokarmowy. Chcąc się jednocześnie przekonać, czy nie zachodzi wypadek nadwrażliwości podawano w ciągu dnia dwukrotnie doustnie po 1 g jodku sodu. Okazało się, że jod w tej ilości i tą drogą podany był gorzej znoszony niż cała dawka zawarta w uroselectanie (16 g), podanym nazajutrz dożylnie. Samo wstrzykiwanie chorzy znosili doskonale, jeden z nich skarżył się tylko na przejściowe uczucie ciepła, drugi na pragnienie i nudności. Bezpośrednio po badaniu chorzy pieszo wracali do łóżka, nie skarżąc się na żadne dolegliwości, a badanie przedmiotowe przeprowa-



Zdjęcie po 15 minutach od chwili wstrzyknięcia uroselectanu. Lewa miedniczka prawidłowa, moczowód widoczny. Prawa miedniczka obniżona i skręcona przez guz pozaotrzewnowy; cień nerki bardzo wyraźny.

dzone w następnych godzinach i dniach nie wykazało żadnych zgoła zmian, któreby mogły pozostawać w związku z wprowadzeniem jodu do krwioobiegu.

Część otrzymanych obrazów miałem sposobność przedstawić w lutym r. b. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie. Wyrazistość uzyskanych obrazów strony zdrowej była doskonała, strony lewej zaś aczkolwiek dużo słabsza wskazywała jednak wyraźnie na rodzaj schorzenia. Zaznaczyć należy, że rysunek nerki, szczególnie zaś zazwyczaj źle widoczny górny jej biegun, występuje dokładniej i plastyczniej niż na zwykłych zdjęciach, co tłumaczyć należy napojeniem jodem miąższu nerki. Wyrazistość zdjęcia staje się większa, jeżeli uciśniemy moczowody, jeżeli wykonamy zdjęcie w ułożeniu Trendelenburga i jeżeli wypełnimy pęcherz obojętnym płynem.

Już ta mała ilość zdjęć upoważnia nas do twierdzenia, że pyelografja dożylna pod względem wyrazistości obrazów nie może stanowić metody konkurencyjnej dla pyelografji dawnej wstecznej.

Niewątpliwie za daleko sięgają przepowiednie Bergerhoffa, że dzięki tej nowej metodzie każdy lekarz potrafi rozpoznać rodzaj cierpienia urologicznego i ustalić wskazanie do zabiegu operacyjnego. Stanowi ona tylko doskonałą dodatkową metodę pomocnicza, pozwalającą na orjentację ogólną w schorzeniach narządu moczowego. W szczególności znajdzie ona zastosowanie tam, gdzie pyelografji zwykłej wykonać nie można albo w połączeniu z nią dla wyjaśnienia rozpoznania. Dlatego też pyelografja „od dołu“ nadal słusznie pozostanie na pierwszym miejscu w naszych poczynaniach w zakresie urologji.

Piśmiennictwo.

Bergerhoff: Med. Kl. 1930. Nr. 7. — Drachter: Münch. Med. Wschrft. 1930. Nr. 11. — Gissel: Münch. med. Wschrft. 1930. str. 297. — Hütter, Pleschner, Kornitzer, Sgalitzer, Nacker, Kamniker, Felber, Gagstatter: pos. Wied. Towarz. Lekarskie Wiener. Klin. Wschft. 1929. Nr. 49. — Hryntschak: Ztschft. f. Urologie 1929. str. 893. Kielleuthner: Münch. Med. Wschft. 1930. Nr. 7. — Lichtenberg i Swick: Klin. Wschft. 1929. Nr. 45. — Pasteur, Vallery-Radot, Dalsace, Nemours-Auguste i Dérot: La Presse Med. 1930. Nr. 23. — Ravassini: Odczyt na zjeździe

włoskiego tow. Urologów w Genui w październiku 1929. — Roseno: Klin. Wschft. 1929. Nr. 25. — Rowntree, Osborne, Sutherland i Scholl: przytoczeni przez Zieglera i Köhlera. Santi: Odczyt na zjeździe włos. tow. Ginek. i Położ. w Rzymie. 18. grudnia 1929. — Schenker i Wachtel: Pol. Gaz. Lek. 1930. Nr. 16. — Swick: Klin. Wschft. 1929. Nr. 45. — Ziegler i Köhler: Med. Klin. 1930. Nr. 1.

T. SKIBNIEWSKI. Davos.

Hodowanie prątków gruźliczych w celach rozpoznawczych.

Z sanatorjum Schatzalp - Davos.

Lekarze - kierownicy: Dr. E. Neumann i Dr. J. E. Wolf.

Dokończenie.

Od „codziennych" pomocniczych sposobów badań lekarskich wymaganemi są 3 zasadnicze cechy: 1) dokładność i 2) szybkość wyników oraz 3) prostota metody; często nie bez znaczenia jest i taniość.

1. Dokładność wyników tego sposobu należy porównywać z dokładnością wyników innych dotychczas stosowanych sposobów badania, a więc z badaniami mikroskopowemi wprost i z próbą na śwince morskiej. Badań porównawczych pomiędzy wynikami hodowania prątków i próbą na śwince istnieje jeszcze stosunkowo bardzo mało wśród znanej mi odnośnej literatury. Na podstawie tych badań w każdym razie za wcześnie jeszcze dochodzić do tak optymistycznego wniosku, jaki został w 1926 r. przez Hohn'a wyciągniętym z jego osobistych badań (wniosek ten musiał być zresztą już w 1928 r. cofniętym); mianowicie Hohn chciał widzieć w swym sposobie hodowania prątków metodę o wiele pewniejszą i o wiele szybszą od próby na śwince; podobne twierdzenie, (że mianowicie hodowanie wg. Hohn'a jest pod niektóremi względami dokładniejsze lub przynajmniej równowarte z próbą na śwince) wypowiadają i niektórzy inni autorowie, jednak przeważnie tylko gołosłownie (Brechmann N. 2, Roloff N. 27), nie przeprowadziwszy odnośnych porównawczych badań. Pod tym więc względem należy zająć stanowisko wyczekujące, ale przypuszczam, że nie zrobimy wielkiego błędu, jeżeli wypowiemy następujące zdanie: najprawdopodobniej próba na śwince nie będzie mogła być zastąpioną w całej swej rozciągłości przez hodowanie; w pewnej jednak ilości przypadków będzie to z pewnością miało miejsce.

Próby na świnkach uważane były do niedawna za zupełnie pewne i dlatego też sądzono, że wynik ujemny takiej próby wykluczał gruźlicę w odnośnym wypadku. Tymczasem nowsze badania wykazały, że tak bynajmniej nie jest; badania te zdają się dowodzić, iż istnieją pewne szczepy czy odmiany (może też postacie) prątków nie chorobotwórczych dla świnki. Poza tem różne techniki dotychczasowych szczepień okazały się często nie odpowiedniemi, co też było źródłem błędów rozpoznawczych lub umożliwiało rozpoznanie dopiero po długim okresie czasu (nawet powyżej 100 dni). Prócz tego różne uboczne czynniki powodowały trudności w próbach na śwince. Do tych ostatnich należą konieczność posiadania pewnej (często bardzo dużej) ilości zwierząt, karmienie ich i pilnowanie; świnki przeznaczone do szczepienia dla celów rozpoznawczych muszą być bezwzględnie niezakażone gruźlicą poprzednio, co nie zawsze jest łatwem do stwierdzenia i osiągnięcia. W takich „stajniach świńskich" zdarzają się epidemje, dziesiątkujące zwierzęta[5]), a tem samem znacznie powiększające koszta próby z jednej — i często powodujące niemożność doprowadzenia próby do końca — z drugiej strony. Drugą przeszkodą do doprowadzenia do końca próby bywają często choroby uboczne, powodujące przedwczesną śmierć zwierzęcia.

Knorr i Friedrich podają swój sposób (Knorra) szczepienia; na podstawie ich doświadczeń zdaje się wynikać, że wszystkie powyższe braki mogą być usunięte (przynajmniej częściowo), lecz to powiększa znacznie jeszcze kłopotliwość i koszta próby (szczepią stale jeden i ten sam materjał na 2, a nawet 3 zwierzętach) i wymaga poważnego doświadczenia osobistego.

Jak więc widać z tego w wielu wypadkach pożądaną byłaby możność zastąpienia próby na śwince innym prostszym, mniej kłopotliwym i szybszym sposobem (jakim w wielu wypadkach jest sposób Hohn'a), dającym jednak przynajmniej nie mniejszą rękojmię dokładności wyników.

---

[5]) Tak n. p. wg. podań Freund'a (cytuję za Sonnenschein'em N. 34a) ze stanu dziennego 200—250 świnek zdechło w ciągu 3 miesięcy 226 zwierząt; o takich przykrych zajściach, uniemożliwiających doprowadzenie próby do końca donoszą inni (Schrader, Dold).

Co się tyczy dokładności wyników przy sposobie Hohn'a to w większości wypadków jest ona zupełnie wystarczającą dla celów djagnostycznych i, jak z większości znanego mi piśmiennictwa wynika, nie jest mniejszą od dokładności próby na śwince. Tylko nieliczni autorowie uważają, że próba na śwince stoi o wiele wyżej od sposobu Hohn'a (N. 11a, b).

Jeżeli porównamy pod względem dokładności wyników hodowanie z badaniami mikroskopowemi wprost, to dojdziemy do wniosku, co stwierdza ogromna większość badaczy, że hodowanie stoi o wiele wyżej; dla przekonania się wystarczy przejrzeć załączone niżej tabliczki i zestawienia cyfrowe.

2. Szybkość wyników hodowania musimy również porównywać z szybkością próby na śwince i badaniem mikroskopowem wprost; naogół można powiedzieć, że hodowanie daje wyniki szybciej niż próba na śwince; tylko Knorr i Friedrich stoją na odmiennem stanowisku; w dość wyczerpującym artykule (11b) zajmują się oni sprawą szczepienia śwince materjału pochodzącego z przypadków gruźlicy chirurgicznej. Na podstawie ich doświadczeń czas trwania próby na śwince waha się bardzo znacznie zależnie od różnych czynników; tak więc najkrótszym okresem czasu dla stwierdzenia dodatniego wyniku próby potrzeba było 7 dni (przy szczepieniu ropy), ale zato najdłuższy okres czasu wynosił aż 111 dni (przy wyszczepianiu materjału anatomo-patologicznego); przeciętnie w 30% wypadków dodatni wynik następował w przeciągu 14 dni, w 55% zaś w ciągu 4 tygodni, a w pozostałych 15% w jeszcze dłuższym okresie czasu. Przy hodowaniu nie mamy tak dużej różnicy, gdyż najkrótsze okresy wynoszą 5—7 dni, zaś najdłuższe, i to tylko w zupełnie sporadycznych wypadkach, wynoszą około 60 dni (wg. Hohn'a najwyżej 64 dni), czyli połowę najdłuższego okresu czasu przy próbie na śwince; ma to miejsce tylko w przypadkach, kiedy mamy do czynienia z prątkiem *typus bovini*, który wg. Hohn'a rośnie o wiele wolniej od innych szczepów i trafia się w gruźlicy dróg moczowych. Przeciętne okresy czasu, podawane przez różnych autorów i otrzymywane przez nas wahają się od 5 dni (rzadko, częściej 7—8 dni) do dwudziestu kilku lub. co też rzadko ma miejsce, trzydziestu kilku.

Wydawałoby się, że badanie mikroskopowe wprost zawsze daje o wiele szybszy wynik niż hodowanie, co najczęściej w rzeczy samej ma miejsce; jednakowoż, jeżeli mamy wynik dodatni przy badaniu mikroskopowem wprost, to wówczas najczęściej nie potrzebujemy uciekać się do dalszych badań; jeżeli zaś mikroskop zawodzi, wtedy musimy powtarzać po kilkakroć badania jednego i tego samego materjału, pobieranego (o ile to jest oczywiście możliwem) w paru- lub kilkudniowych odstępach; w takim wypadku może się zdarzyć, że badania mikroskopowe będą równie długo trwały, jak i badanie przy pomocy hodowli. Niektórzy (Harada N. 5) dowodzą nawet, że badanie przy pomocy mikroskopu powtarzane kilkakrotnie daje lepsze wyniki co do dokładności niż badanie przy pomocy hodowli.

3. Co do prostoty metody to hodowanie jest sposobem bezwzględnie o wiele prostszym i łatwiejszym od próby na śwince, ale trudniejszym i kłopotliwszym od jednorazowego badania mikroskopowego wprost.

Dla wyjaśnienia powyższych moich rozważań przytoczę kilka danych cyfrowych:

Sonnenschein (N. 34b) w r. 1928 na 1634 badań miał 260 przypadków wogóle dodatnich pod względem obecności prątków; z tych 260 dodatnich wyników otrzymał pożądany wynik przy pomocy samej tylko hodowli aż w 146 razach, gdy we wszystkich tychże 146 razach badanie mikroskopowe wprost dało wynik ujemny lub co najwyżej tylko wątpliwy. Stanowi więc to 56% wszystkich dodatnich wyników; czyli bez stosowania hodowli w połowie mniejwięcej przypadków dodatnich wyniki okazałyby się ujemnymi lub co najwyżej wątpliwymi tylko. Szczegółowo powyższe przypadki przedstawiają się jak następuje:

Rodzaj badanego materjału	Ilości	Wogóle dodatnich	Tylko w hodowli dodatnich	Dodatnie w hodowli i mikroskopowo	Dodatnie tylko mikroskopowo — w hodowli ujem.
Plwocina	288	90	17	72	1
Ropa	836	127	96	29	2
Mocz	273	18	13	4	1
Liquor	237	25	20	4	1
Razem	1634	260	146	109	5

Z powyższych 260 wogóle dodatnich prób były:

255 = 98,07% dodatnie w hodowlach,
146 = 56,15% dodatnie tylko w samych hodowlach,
109 = 41,92% dodatnie mikroskopowo i w hodowlach,
5 = 1,93% dodatnie mikroskopowo, w hodowlach zaś ujemne.

Dla 127 powyższych przypadków samej tylko dodatniej wogóle ropy było:

125 = 98,42% dodatnie w hodowlach,
96 = 75,59% dodatnie tylko w samych hodowlach,
29 = 22,83% dodatnie w hodowlach i mikroskopowo,
2 = 1,58% dodatnie tylko mikroskopowo, w hodowli zaś ujemne.

K. Krause (N. 12) na 120 przypadków plwociny, gdzie mikroskop zawiódł, znalazł prątki przy pomocy sposobu Hohn'a jeszcze w 28 razach czyli w 23,3%.

J. Hohn (N. 7 d) na 68 prób ropy znalazł w 26 razach mikroskopowo prątki, zaś przy pomocy hodowli stwierdził ich obecność jeszcze 13 razy t. j. w 19% wszystkich przypadków; na 51 badań moczu prątki stwierdził mikroskopowo w 7 przypadkach, gdy w drugich 7 wynik był wątpliwy; hodowle zaś dały z tychże 51 próbek moczu w 20 razach wynik dodatni. Szczegółowe zestawienie przypadków ropy wygląda następująco:

Rodzaj badanego materjału	Ilości	Tylko w hodowli dodatnie	Też mikroskopowo dodatnie	Mikroskopowo wątpliwe, w hodowlach ujemne
1. Płyn z jamy opłucn.	6	3	3	0
2. Ropa z gruczołów	6	4	2	0
3. Ropnie opadowe	14	8	6	0
4. Ropa kostna	21	14	7	0
5. Ropnie podskórne	13	6	4	3
6. Ropa ze stawu kolan.	6	2	4	0
7. Ropnie brzucha	2	2	0	0
Razem	39	39	26	3

Z powyższych 68 prób były dodatnie tylko w samych hodowlach 39 = 57%
dodatnie mikroskopowo 26 = 38,1%
mikroskopowo wątpliwe, w hodowlach ujemne 3 = 4,9%
czyli, że hodowle dały o 57% więcej dodatnich wyników niż badania mikroskopowe.

W r. 1928 otrzymał on dla materjału chirurgicznego następujące wartości:

Ilość ogólna badań 271.
z tego z wynikiem ujemnym wogóle 198
z tego z wynikiem dodatnim wogóle 73
Z tych 73 wogóle dodatnich prób było:
tylko mikroskopowo dodatnich 2 = 2,74%
mikroskopowo i w hodowli dodatnie 13 = 17,80%
tylko w hodowli dodatnie
a) mikroskopowo wątpliwe 9
= 58 = 79,45%
b) mikroskopowo ujemne 49

A. Dimtza (N 3) przeprowadził 500 badań równocześnie na świnkach i w hodowlach; z tych 500 badań okazały się 374 przypadki wogóle ujemne, zaś 126 wogóle dodatnie.

Z tych 126 wogóle dodatnich było:

dodatnich mikroskopowo wprost	dodatnich przy próbie na śwince	dodatnich w hodowlach
104 = 83%	117 = 93%	122 = 97%

przyczem okazały się nieznaczne różnice w wynikach przy stosowaniu w poszczególnych przypadkach różnych sposobów badań, a mianowicie przy

badaniu mikroskopowem wprost	przy próbie na śwince	przy hodowlach	Ilość przypadków
+	—	—	w 1 przypadku
—	+	—	w 3 przypadkach
—	—	+	w 8 przypadkach

Z naszych 231 badań, gdzie mikroskop zawiódł, hodowle dały jeszcze w 91 przypadkach wynik dodatni, co czyni 39,39% wszystkich badanych próbek. Poniższa tabliczka ilustruje szczegółowiej nasze parzypadki, które, jak już zaznaczyłem, dotyczą tylko materjału mikroskopowego ujemnego lub conajmniej wątpliwego:

Rodzaj badanego materjału	Ilości	Wynik dodatni w samych tylko hodowlach	Stosunek w odsetkach
Plwocina	178	67	37,64%
Mocz	31	11	35,48%
Ropa	4	2	[6])
Wysięki a) opłucnowe	13	10	76,92%
b) otrzewnowe	1	1	[6])
Krew	2	0	
Kał	2	0	
Razem	231	91	39,39%

W dwu przypadkach plwociny [7]) i w jednym ropy z powłok klatki piersiowej (przetoka do jamy otrzewnej), w których mikroskopowo stwierdzone były prątki, hodowle dały wynik ujemny; dla plwociny stanowi to na 180 (178 + 2) przypadków 1,11%.

Wydaje mi się, że nie od rzeczy będzie przytoczyć trochę szczegółowiej parę naszych bardziej zajmujących przypadków.

1. B. E. ur. 1899, francuz.

Z powodu wysiękowo-jamistej gruźlicy płuc przebywał parokrotnie w sanatorjum tut. (1921, 1924, 1929); rozpoznanie klin. z ostatniego pobytu: wysiękowo-jamista gruźlica obu płuc i nefroza toksyczna. W maju 1929 r. samoistna odma po stronie prawej. W moczu od 1921 stale białko i cylindry; parokrotne próby na świnkach z moczu stale z wynikiem ujemnym. Żadnych klinicznych oznak gruźlicy nerek (jeden raz badany przez specjalistę). Hodowla z moczu z 22. V. 1929 po 12 dniach dodatnia, gdy próba na śwince z moczu (wykonana w miesiąc później) ujemna. 30. VI. 1929 zejście śmiertelne; na sekcję rodzina się nie zgodziła.

2. Ch. M. ur. 1896, angielka.

Przyjęta do tut. sanatorjum 8. I. 25 z powodu wysiękowo-jamistej gruźlicy górnego lewego płatu; z prawej strony pojedyńcze czynne ogniska. Prątki stale: +, włókna elast. +. Po różnoczesnie zakładanych odmach sztucznych po stronie lewej i prawej, po zapaleniu opłucnej, w końcu 1929 objawy prosówki. Hodowla z moczu z dnia 4. I. 30 po 16 dniach dodatnia; 18. I. 30 zejście śmiertelne. Rozpoznanie sekcyjne odnośnie do nerek: *Tuberculosis miliaris et caseosa nodosa renum* (co mikroskop potwierdził).

3. C. F. ur. 1902, portugalczyk.

Przybył do tut. sanatorjum 21. XI. 26. z powodu włóknisto-jamistej gruźlicy prawego płuca. Sztuczna odma po str. prawej.

---

[6]) Dla rubryk nie obliczam wartości w odsetkach, ponieważ posiadają one za mało liczne ilości przypadków, żeby można z nich było jakiekolwiek wnioski wyciągać.

[7]) Liczę 2 przypadki plwociny, chociaż właściwie powinienem brać pod uwagę tylko jeden z nich, gdyż drugi dotyczył przypadku kiedy w danej próbce plwociny prątków (ani ich odłamków — Splittern) nie znaleziono; jeden raz (w ciągu szeregu miesięcy) znaleziono prątki w plwocinie odnośnego osobnika parę dni poprzednio, wówczas jednak hodowli nie założono. Jeżelibyśmy więc liczyli tylko jeden przypadek, w którym hodowla zawiodła przy dodatniem badaniu mikroskopowem wprost, to i odsetek byłby oczywiście jeszcze mniejszy.

W IV. 28. po raz pierwszy oznaki rozpoczynającej się gruźlicy nerek (lekki krwiomocz; próba na śwince z wynikiem dodatnim). W XI. 28 cystoskopja przez specjalistę, który rozpoznaje gruźlicę prawej nerki; w XII. 28. nephrectomia prawostronna potwierdza rozpoznanie. Hodowla z moczu z dn. 5. III. 29. dodatnia na 25 dzień.

4. P. B. ur. 1890, grek.

Do tut. sanatorjum przybył 11. VI. 27 z powodu rozległej wysiękowo-jamistej gruźlicy obu płuc. W XI. 29. oznaki gruźliczego zapalenia otrzewnej z wysiękiem w jamie otrzewnej. Równocześnie oznaki gruźliczo-toksycznej nefrozy z białkomoczem; dwukrotne hodowle z moczu dały wynik ujemny. Hodowla z dn. 6. X. 29. z płynu z jamy otrzewnej na 19 dzień dała wynik dodatni. Sekcja zwłok wykazała rozległe zmiany amyloidowe w śledzionie, wątrobie i nerkach; zmian gruźliczych w nerkach nie stwierdzono ani makro- ani mikroskopowo, natomiast rozległe gruźlicze zapalenie otrzewnej z wysiękiem.

5. O. O. ur. 1888, hiszpan.

W sanatorjum tut. od 3. VIII. 27. do 14. IX. 28. (pierwszy pobyt) z powodu wysiękowo-jamistej gruźlicy płuc. Po prawej stronie tylko niewielkie zmiany; z powodu krwotoków z prawej szczytowej jamy założono sztuczną odmę; wynik dobry; prątki mikroskopowo wprost, poczynając od II. 28, ujemne; w IX. 28. próba na śwince w sanatorjum z wynikiem ujemnym; następnie 2 próby na świnkach, przeprowadzone w Hiszpanji, dały też wyniki ujemne. Drugi pobyt w tut. sanatorjum od 1. VII. 29 do 12. X. 29. Hodowla z plwociny z dn. 10. VII. 29. dodatnia; po thoracokaustyce (przepalenie zrostu szczytowego) hodowla z plwociny ujemna.

6. A. G. ur. 1909, szwed.

Przybył do tut. sanatorjum 19. X. 29. Rozpoznanie klin.: gruźlica włóknista prawego szczytu; po str. lewej pojedyńcze, włókniste, guzkowate ogniska. Badanie plwociny mikroskopowo wprost dawało stale wynik ujemny; hodowle z dn. 22. X. 29 i z dn. 10. III. 30. dodatnie.

7. A. K. J. ur. 1896, szwed.

W sanatorjum tut. od 29. X. 29. do 18. V. 30. Rozp. klin.: włóknista gruźlica obu płuc; gruźlica krtani i prawego ucha środkowego. Prątki w plwocinie +; od początku I. 30. mikroskopowo wprost nie dają się stwierdzić. Poprawa stanu płuc, jednak trwanie czynnego procesu w prawym górnym płacie. Hodowle z dn. 27. I. 30. dodatnia, z dn. 23. II. 30 ujemna, z dn. 7. IV. 30. dodatnia i wreszcie z dn. 19. IV. 30. ujemna.

8. S. L. ur. 1909, portugalka.

W sanatorjum tut. od 9. XII. 29 do 26. II. 30. Rozpozn. klin.: gruźlica wysiękowo-jamista lewego płuca, gruźlica krtani i jelit. Hodowla z moczu z dn. 18. II. 30. dała wynik ujemny. 26. II. 30. zejście śmiertelne. Sekcja zwłok nie wykazała makro- ani też mikroskopowo zmian w nerkach.

9. H. N. ur. 1895, szwajcarka.

Pozostawała w leczeniu w sanatorj. tut.: od I. 30. do V. 30. Rozpozn. klin.: gruźlica wysiękowa lewego górnego płatu (naciek podobojczykowy). W plwocinie mikroskopowo wprost nie znajdywano nigdy prątków; hodowle były zakładane czterokrotnie z nich 2 razy z wynikiem ujemnym; w drugich dwu razach nastąpiło zanieczyszczenie hodowli pleśniami.

Przypadki nasze NN. 2, 4 i 8 są z tego powodu interesującemi, że mieliśmy potwierdzenia sekcyjne rozpoznania uzyskanego przy pomocy hodowli: w przypadku N. 2 dodatniego wyniku hodowli przy obecności gruźlicy nerek, w przypadku N 4 dodatniego wyniku hodowli przy obecności gruźlicy otrzewnej i ujemnego wyniku hodowli przy braku gruźlicy nerek i wreszcie w przypadku N. 8 ujemnego wyniku hodowli z moczu przy braku gruźlicy nerek.

Przypadek N. 5 zajmującym jest z tego względu, że trzykrotne próby na śwince dały wynik ujemny, gdy hodowla dała wynik dodatni; po przepaleniu zrostu, trzymającego płuco w szczycie, gdzie były zmiany gruźlicze, hodowla ujemna.

W przyp. N. 6. badania mikroskopowe wprost dawały stale wynik ujemny, dwukrotne hodowle dały wynik dodatni.

Przyp. N. 7. należy do tych, kiedy mamy naprzemian dodatnie i ujemne wyniki w hodowlach przy stałych ujemnych wynikach mikroskopowych wprost; przypadków takich naliczyliśmy dotychczas trzy. Należy tu przypuszczać, że prątki są nie stale wydzielane, a tylko okresowo. W pozostałych dwu przypadkach mieliśmy do czynienia z pacjentami posiadającymi odmy sztuczne, u których wyniki dodatnie w hodowlach można odnieść do niedostatecznego ucisku wywieranego przez odmę, gdyż po silniejszem uciśnięciu hodowle dawały wyniki ujemne.

Wreszcie N. 9 należy do tych naszych kilku przypadków, w których miewaliśmy stałe zanieczyszczenia pleśniami; w tym przypadku z 12 rurek zaszczepionych materjałem od chorej podczas 4-ch hodowli, było zanieczyszczonych aż 9 rurek, pomimo stosowania następowo silniejszych roztworów kwasu.

Gdybyśmy mieli stwierdzenie. przez sekcję (niewykonaną zresztą) braku zmian gruźliczych w nerkach w przypadku naszym N. 1, tobyśmy mogli przypuszczać prątkomocz (bacillurię) przy zdrowych nerkach, co ma mieć czasami miejsce.

Dane cyfrowe (odsetki) podawane przez różnych autorów okazują wielkie stosunkowo różnice; dzieje się to zapewne z 3 przyczyn — pierwszą z nich są różne sposoby obliczania różnych autorów (jedni liczą wszystkie wogóle swe badania, inni tylko wogóle dodatnie; jedni obliczają odsetki dla różnych materjałów razem, inni znów tylko dla pewnych rodzajów materjału — osobno więc np. dla ropy, osobno dla moczu i t. d.). Drugiej przyczyny należy dopatrywać się w wielkiej rozmaitości, jaką stosują różni badacze przy wyborze stężenia H_2SO_4 i czasu jego działania; jeżeli prątek gruźliczy (choć może nie każdy i mało w porównaniu z innemi bakterjami) jest wrażliwym na działanie chemikaljów, co należy za pewnik przyjąć, to otrzymamy wyniki różne, stosując np. 5% kwas siarkowy w ciągu 15' niż 10% w ciągu 30'. Zresztą, jak już była o tem mowa, nie dotyczy to wszystkich szczepów, więc przy małej ilości badań mogą te różnice nawet się nie ujawnić. Trzeciej wreszcie przyczyny należy szukać w różnej dokładności badań mikroskopowych, przeprowadzanych przez różnych autorów.

Więc np. wyżej wspomniany japończyk K. Harada (N. 5) mógł nie otrzymać znaczniejszej przewagi sposobem Hohn'a nad badaniem mikroskopowem wprost dlatego, że te ostatnie badania przeprowadzał bardzo dokładnie i długo przeszukiwał rozmazy; zato C. Sonnenschein (N. 34b) otrzymał aż w 56% wszystkich wogóle dodatnich prób wynik dodatni tylko przy pomocy samej hodowli.

Należy też przeto zaznaczyć, że nie każdy jest japończykiem i że mało kto może pozwolić sobie dla celów praktycznych na badanie jednego preparatu godzinami (jeżeli nie dniami nawet).

Odrazu też chcę zaznaczyć, że hodowanie prątków wg. Hohn'a w celach rozpoznawczych nie jest bezwzględnie pewnym sposobem i w pewnej liczbie przypadków daje wyniki ujemne, gdy w tychże wypadkach badanie mikroskopowe (lub próba na śwince) dało wynik dodatni. Dzieje się to jednak wg. znacznej większości autorów w nieznacznej stosunkowo ilości przypadków (1,5% do najwyżej 5%), jak to zresztą widać z powyższych zestawień. Tylko Knorr i Friedrich (N. 11b) w ostatniej swej pracy podają większe ilości zawodzenia hodowli przy dodatnich próbach na świnkach, gdy te ostatnie zawiodły ich zaledwie w 4,50% (w przypadkach zupełnie pewnej klinicznie gruźlicy). Te spostrzeżenia dotyczą tylko materjału chirurgicznego; też trzeba zaznaczyć, że stosowali oni stale 10% H_2SO_4 przy hodowlach.

Dlaczego hodowanie czasami zawodzi? Nie stanowczo pewnego powiedzieć jeszcze nie można, należy jednak przypuszczać większą ilość przyczyn; i tak jedni przyjmują obecność szczepów, odmian czy form prątków, które na pożywkach nie rosną (jak to zresztą i przy próbie na śwince ma miejsce), inni znów (już to R. Koch zauważył) przyjmują, że mamy w tych wypadkach do czynienia z prątkami martwemi — „cadaveri di bazilli", jak je Carlo Alberto Lang (N. 7f) nazywa; jeszcze jedną przyczynę należy uwzględnić, a mianowicie wrażliwość prątków na kwasy i zasady, których działanie w niektórych przypadkach (np. przy obecności „osłabionych" prątków lub jego form niekwasoopornych) może spowodować tak silne uszkodzenie prątka, że on wogóle nie będzie w stanie się rozmnażać i oczywiście hodowla w tym wypadku nie może dać dodatniego wyniku pomimo zupełnie pewnej obecności żywych prątków.

Do stwierdzenia czy dana hodowla jest dodatnią czy też ujemną używamy dwu sposobów, mianowicie mikro- i makroskopowego; pierwszym z nich można w krótszym okresie czasu stwierdzić wynik dodatni hodowli; jednakowoż myśmy wyczekiwali, o ile na to okoliczności pozwalały, na wynik makroskopowy. Na wynik dodatni mikroskopowy trzeba czekać nie mniej niż 5—6 dni, jednak często takowy daje się osiągnąć dopiero o wiele później; wyniki makroskopowe mieliśmy najwcześniej dopiero na 11 dzień, a najpóźniej na 5—6 dzień; rozciągłość więc czasu wynosiła u nas najwyżej 31 dni; wg. innych ta wartość jest nieco większą i tak, jak już zresztą zaznaczyłem, Hohn otrzymał wzrost dla typ. bovinus dopiero na 46 dzień. Przeciętne wartości dla wzrostu makroskopowego wynoszą dwadzieścia kilka dni.

Kolonje prątków gruźliczych przedstawiają wielką rozmaitość pod względem wyglądu w zależności od rodzaju szczepu (i zapewne od innych okoliczności), a szczepów tych jest sporo, jak to wynika z badań Sumiyoshiego, który ich naliczył 30.

Jak więc z powyższego wynika, najdłużej trzeba oczekiwać na wynik ujemny, co jednak ma również miejsce i przy próbie na śwince.

Technika naszych badań hodowli przedstawia się następująco: Po raz pierwszy badamy mikroskopowo (makroskopowo nic jeszcze nie widać) nie wcześniej niż po 5 dniach (najczęściej na 7 lub 8 dzień) od dnia założenia hodowli. Następne badania powtarzamy w tygodniowych odstępach bez względu na to czy makroskopowo daje się wzrost stwierdzić czy też nie. Jeżeli mamy wzrost makroskopowy, to badanie uważamy za skończone, sprawdziwszy mikroskopowo, że są to właśnie prątki gruźlicze, a nie jakiekolwiek inne bakterje. Jeżeli wyniki badań są ujemne, to hodowle przechowujemy do 40 dni (6 tygodni), jak to i Hohn zaleca. Tylko hodowle z moczu trzymamy w ciągu 2 miesięcy (60 dni), z powodu możności znajdowania się tam *typus bovini*, który wg. Hohn'a potrzebuje dłuższego okresu czasu do wzrostu.

Nad tanością tego sposobu chyba nie ma co się zastanawiać, chociaż niektórzy zarzucają tym pożywkom wysokie stosunkowo koszta: tak np. Isablinsky i Gitowitsch (8 b) podają pożywki swego pomysłu, sporzadzane z jąder wołowych; pożywka ta wg. ich doświadczeń (i innych, zresztą nielicznych tylko), ma się dobrze nadawać do hodowania prątków. Meller (N. 19) uważa przygotowywanie pożywek wg. Hohn'a za kłopotliwe i nie wykluczające możliwości zanieczyszczenia (gdyż się ich nie gotuje) i podnosi ich wysokie koszta zalecając równocześnie dotychczasowe glicerynowe ziemniaki.

Obawy przed zakażeniem pożywek podczas ich przygotowywania nie należy jednak mieć, jak to wynika z piśmiennictwa odnośnego, gdzie nie znajdujemy wzmianek o tem, a także i z naszego doświadczenia: nie miewaliśmy nigdy zanieczyszczonych pożywek więcej niż 3—4 rurek na 70—120 rurek robionych jednorazowo; natomiast bywały partje pożywek, w których na 120 rurek nie miewaliśmy ani jednego zanieczyszczenia.

Przygotowywanie zaś pożywek wg. Hohn'a nie jest bynajmniej bardziej kłopotliwem od przygotowywania wogóle pożywek i właśnie należy podnieść prostotę tego sposobu. Jeżeli ten sposób ma być kłopotliwym, to cóż mamy powiedzieć dopiero o próbie na śwince: po kilkakroć przeprowadzane badanie plwociny jest też czynnością żmudną, nudną i zabierającą dużo czasu.

Ponieważ poruszyliśmy tu sprawę pożywek wogóle, nie od rzeczy może będzie przeprowadzić porównanie pomiędzy różnemi pożywkami, używanemi dla hodowania prątków. Otóż ze znanego mi piśmiennictwa wynika, że glicerynowany ziemniak jest dla tego celu jedna z dalej stojących pożywek. I tak Harada doszedł do przekonania, że najlepiej nadaje się do hodowania prątków pożywka wg. Petragnani'ego, przyczem pożywkę Petroff'a zaprzestał używać: dochodzi do takich samych wniosków i St. Lichtenstein (N. 14); Isabolinsky i Gitovitsch (N. 8 b) porównują płynną pożywkę wg. Besredki z pożywkami Petroffa, Zechnowitzera, kartoflami i podaną przez siebie pożywką z wołowych jąder: wg. nich pożywka Besredki nie nadaje się zupełnie do hodowania prątków: kartofle sa złą pożywką; najlepszą okazała się pożywka ich pomysłu. G. Orzechowski przeprowadzał badnia porównawcze między wartością pożywki Lubenau-Hohn i glicerynowanym ziemniakiem Kocha i doszedł do wniosku, że na pierwszej pożywce prątki rosną szybciej i bujniej. Jak więc z tego wynikaćby się zdawało, twierdzenie Mellera nie jest słusznem. Osobiście nie mamy żadnego doświadczenia odnośnie do innych pożywek prócz tylko Lubenau-Hohn'a. Zaleta pożywki Petragnani'ego ma być jej odporność na zanieczyszczenia innemi bakterjami, spowodowana dodatkiem zieleni malachitowej: prócz tego owa zieleń pozwala dzięki swej barwie łatwiej i szybciej odróżniać kolonje prątków. Zresztą co do tego ostatniego względu to i nowa odmiana pożywki Hohn'a posiada tę zaletę: tą nową odmianą jest pożywka z dodatkiem hematyny, która powoduje zabarwienie brunatne, pozwalające również łatwiej dostrzegać kolonje prątków. Zresztą powodem stosowania przez Hohn'a tej odmiany pożywki była chęć przyśpieszenia wzrostu prątków, co, w pewnej przynajmniej ilości przypadków, i uzyskał.

Czy jednorazowy wynik ujemny hodowli prątków można uważać za wystarczający? Na to pytanie wypada odpowiedzieć stanowczem przeczeniem. Aby stwierdzić, że prątki przez danego osobnika nie są wydzielane, należy przeprowadzić, jak to i Rolloff (N. 27) słusznie zaznacza, kilkakrotne badanie przy pomocy hodowli. Jasnem to jest na podstawie naszych przypadków N. 7 i omawianych wraz z nim jeszcze dwu innych podobnych.

Na zakończenie chcę jeszcze zwrócić uwagę na zjawisko, o którem nie znalazłem dotychczas nigdzie wzmianki w znanem mi piśmiennictwie; mianowicie zauważyliśmy w trzech przypadkach, że prątki w hodowli mikroskopowo początkowo dodatnie nie tylko nie dają potem wzrostu makroskopowego, ale wogóle „gdzieś się podziewają"; tak np. w jednej z owych trzech hodowli po 14 dniach nie znaleźliśmy jeszcze mikroskopowo prątków, które jednak po 3 tygodniach okazały się w dość znacznej ilości, nie dając jeszcze makroskopowego wzrostu. Po dalszym tygodniu można było mikroskopowo stwierdzić znów obecność prątków, lecz w nieco mniejszej ilości: po 5 tygodniach od dnia założenia hodowli, znaleźliśmy już zaledwie tylko kilka prątków, a później wogóle już nie dały się ani razu stwierdzić; cały czas makroskopowego wzrostu nie było. Dla mnie nie ulega wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z rzeczywistem rozmnażaniem się prątków we wszystkich trzech powyższych przypadkach, a nie z samem ich „zagęszczeniem" *(Anreicherung)*, jakie otrzymuje się przy stosowaniu antiforminy, lub jak niektórzy twierdzą, i przy stosowaniu „pożywki" (?) Schillera (N. 28) *); na to prawdziwe ich rozmnażanie się wskazują obrazy mikroskopowe w których widzi się układ grupowy (w całych kupach większych i mniejszych) prątków i obecność młodych — barwiących się jeszcze na niebiesko Ziehl-Neelsen'em — prątków. Za mało mieliśmy takich przypadków, żebyśmy mogli sobie wyrobić jakiekolwiek zdanie dlaczego ma to miejsce i dlaczego tylko w niektórych, rzadkich zresztą, wypadkach; w ogromnej większości wypadków raz skonstatowane prątki rozmnażają się dalej, dając stale wzrost makroskopowy; kolonje owe trwać mogą w cieplarce miesiącami, dając się przeszczepiać na świeże pożywki. Wydaje mi się jednak, że mamy tu do czynienia albo z prątkami „osłabionemi", lub, co może raczej byłoby prawdopodobnem, że zachodzą jakieś (jakie?) zmiany w podłożu pożywkowem, które hamują wzgl. niszczą zdolności rozrodcze prątków. Gdyby jednak tak było, to należałoby się spodziewać podobnego zjawiska, może więc mamy tu do czynienia z jakiemś zanieczyszczeniem bakteryjnem, (oprócz oczywiście z prątkami gruźliczemi, których obecność w danych przypadkach nie ulegała watpliwości), które przy nie dość uważnem badaniu mogło ujść uwagi, a które powoduje owo zahamowanie wzrostu pratków gruźliczych zmieniając samo podłoże. Możliwym jeszcze jest jakiś nasz błąd, jednak dziwnem by to było, gdyż te 3 przypadki należą do ostatnich miesięcy, kiedy technika już była w zupełności opanowaną i nie przedstawiała żadnych trudności.

Streszczenie.

1. Hodowanie prątków gruźliczych sposobem podanym przez Hohn'a (wyszczepianie oczyszczonego przy pomocy H_2SO_4 od domieszek bakteryjnych materjału na pożywkę jajową) nadaje się w zupełności do celów djagnostycznych, dając w dostatecznie dużej ilości przypadków dostatecznie pewne wyniki.
2. Sposób ów (dla celów djagnostycznych) może być stosowanym przez najprymitywniejsze pracownie lekarskie i nie wymaga ani specjalnych urządzeń ani też specjalnie szkolonego personalu.
3. Hodowanie to stoi wyżej pod względem pewności wyników od badania mikroskopowego wprost (w zwyczajnych pracowniach warunkach).
4. W wielu wypadkach, jednak nie we wszystkich, sposób Hohn'a może zastąpić próbę na śwince, jako sposób tańszy, mniej kłopotliwy, często szybszy i, co najwyżej, nie wiele mniej pewny od tej ostatniej.
5. Są szczepy, czy też odmiany (może formy) prątka, które nie rosną na pożywkach tak samo, jak są też odmiany nie chorobotwórcze dla świnki.
6. Hodowanie prątków dla celów rozpoznawczych jest polecenia godnem, jako dodatkowy sposób badania; stosować go należy w wypadkach wątpliwych lub w takich, gdzie inne sposoby badania zawiodły.

---

*) Owa „pożywka czy też quasi-pożywka Schiller'a składa się z 75% gliceryny i 25% wody destylowanej z nieznacznym dodatkiem glukozy. Postępowanie jego jest następujące: miesza się jednakowe ilości plwociny i owej pożywki i wstawia się do cieplarki przy 37° C; już po pierwszych 24 godz. bada się mikroskopowo; pratki rosną w pierwszych dniach (najsilniej się rozmnażają w pierwszych 9 dniach) potem jednak obumierają. Czy mamy tu do czynienia z prawdziwem rozmnażaniem się czy tylko z zagęszczeniem się prątków, dotychczas nie można sobie zdać sprawy, gdyż wogóle mało jeszcze przeprowadzono badań kontrolnych; i tak np. Michel (N. 21) nie skłania się do przyjęcia, jako pewnik, że mamy do czynienia z rzeczywistem rozmnażaniem się prątków, gdy znów np. Schmidt u. Sylla (N. 30) uważają to za zupełnie pewne na podstawie obrazów mikroskopowych; przeprowadzili oni 40 kontrolnych badań, z czego w 35 z plwociny i w 5 z moczu.

7. Sposób ten nie jest oczywiście ideałem, jak zresztą i wszystkie inne sposoby; należy przypuszczać, że przyszłość jeszcze go udoskonali i uprości, ale też, że mimo to zapewne nie wyruguje on zupełnie próby na śwince!

8. Możliwem jest, że pożywka wg. Petragnani'ego lub Isabolinsky-Gitowitscha okaże się w przyszłości lepszą od pożywki Lubenau-Hohn'a.

9. Dotychczasowe badania jeszcze nie są w stanie dokładnie wykazać wszystkich wad i zalet sposobu Hohn'a; należy też badania kontynuować i to w kilku kierunkach, a mianowicie porównywać wartość oczyszczania materjału przy pomocy H_2SO_4 i przy pomocy zasad; porównywać wartości poszczególnych pożywek (a więc Lubenau-Hohn'a, Petragnani'ego, Isabolinsky-Gitowitsch'a i in.); porównywać wyniki uzyskane przy pomocy hodowli i przy pomocy próby na świnkach; poznać szczepy czy odmiany prątków, które nie dają się uchwycić przy pomocy hodowli; bardzo byłoby pożądanem ujednostajnienie sposobu szczepienia materjału domniemanie gruźliczego świnkom, ujednostajnienie hodowania prątków i wreszcie ujednostajnienie obliczania otrzymanych wyników, a to dlatego, by łatwiej i prędzej móc sobie wyrabiać zdanie o wartości danej metody badania.

Piśmiennictwo.

1) E. Bajza: Beitr. Klin. Tub. (Brauer) 1929, Bd. 72, S. 202. — 2) H. J. Brechmann: Zbl. Bakter. 1929, I. Orig. Bd. 111, S. 26. — 3) A. Dimtza: Schweiz. med. Wschr. 1928, S. 1285. — 4) Engel: Deutsche med. Wschr. 1927, S. 1001. — 5) K. Harada (Tokio): Zbl. Bakter. 1929, I. Orig. Bd. 113, S. 266. — 6) Erika Hermann: Zbl. Bakter. 1927, I. Orig. Bd. 102, S. 169. — 7) J. Hohn: a) Münch. med. Wschr. 1926, S. 609. — b) Münch. med. Wschr. 1926, S. 2162. — c) Münch. med. Wschr. 1927, S. 1568. — d) Zbl. Bakter. 1926, I, Orig. Bd. 98, S. 460. — e) Zbl. Bakter. 1927, I, Orig. Bd. 103, S. 342. — f) Zbl. Bakter. 1929, I, Orig. Bd. 113, S. 366. — g) Münch. med. Wschr. 1929, S. 1120. — 8) M. Isabolinsky u. W. Gitowitsch: a) Bbl. Bakter. 1925, I, Orig. Bd. 94, S. 22. — b) Zbl. Bakter. 1925, I, Orig. Bd. 94, S. 241. — 9) J. N. Kahan u. C. L. Seidenberg: Zbl. Bakter. 1926, I Orig. Bd. 100, S. 301. — 10) Koch Robert: Berl. klin. Wschr. 1882, Nr. 15. — 11) M. Knorr u. Friedrich: a) Beitr. Klin. Tub. (Brauer), 1928, Bd. 69, S. 385. — b) Münch. med. Wschr. 1930, S. 173, (Nr. 5). — 12) K. Krause: Z. Tbk. 1929, Bd. 54, S. 227. — 13) O. Kirchner: Beitr. Klin. Tub. (Brauer), 1928, Bd. 70, S. 375. — 14) S. Lichtenstein: Zbl. Bakter. 1928, I, Orig. Bd. 108, S. 239. — 15) M. Lindenmann: u. Bang Dscheng Li. Beitr. Klin. Tub. (Brauer) 1928, Bd. 70, S. 380. — 16) F. E. Loewy: Münch. med. Wschr. 1928, S. 2096. — 17) B. L. Masur: Zbl. Bakter. 1929, I, Orig. Bd. 112, S. 85. — 18) G. Mayer: Zbl. Bakter. 1926, I, Orig. Bd. 100, S. 10. — 19) R. Meller: Zbl. Tbk. 1927, Bd. 48, S. 137. — K. Meyer: Zbl. Bakter. 1927, I, Orig. Bd. 103, S. 345. — 21) R. Michel: Beitr Klin. Tub. (Brauer), 1929, Bd. 72, S. 513. — 22) Orzechowski: Zbl. Bakter. 1929, I, Orig. Bd. 111, S. 362. — 23) Petragnani: a) Pathologica (Genova), Bd. 20, S. 449. (Referat u. Schulte-Tigges). b) Bol.. dell'istit. sieroterap. Milanese 1926, Vol. 5, S. 173–182. (Referat Zbl. ges. Tbkforschung, 1927. Bd. 26, S. 703). — 24) S. A. Petroff: Z. Tbk. 1915, Bd. 24, S. 262. — 25) K. L. Pesch u. H. Simchowitz: Münch. med. Wschr. 1925, S. 1592. — 26) L. Rabinowitsch-Kempner: a) Z. Tbk. 1928, Bd. 52, S. 18. — b) Z. Tbk. 1928, Bd. 52, S. 263. — 27) W. Roloff: Z. Tbk. 1928, Bd. 52, S. 153. — 28) J. Schiller: a) Zbl. Bakter. 1925, I. Orig. Bd. 96. S. 92. — b) Zbl. Bakter. 1928, I. Bd. 108, S. 1. 29) Fr. Schmidt. Zbl. Bakter. 1927, I, Orig. Bd. 101, S. 364. — 30) Fr. Schmidt u. A. Sylla: Z. Tbk. 1926. Bd. 45, S. 370. — 31) G. Schrader: Zbl. Bakter. 1927. I. Orig. Bd. 102, S. 163. — 32) H. Schulte-Tigges: Z. Tbk. 1929. Bd. 54, S. 230. — 33) M. Seelemann u. H. Klingmüller: Zbl. Bakter. 1927, I. Orig. Bd. 104, S. 482. — 34) C. Sonnenschein: a) Beitr. Klin. Tub. (Brauer), 1927, Bd. 67, S. 451. — b) Z. Tbk. 1928, Bd. 50, S. 269. — c) Münch. med. Wschr. 1927, S. 1540. — d) Münch. med. Wschr. 1927, S. 1568. — 35) Y. Sumiyoshi: a) Z. Tbk. 1924, Bd. 39, S. 333. — b) Z. Tbk. 1924. Bd. 40, S. 338. — 36) L. Surányi u. J. Putnoky: Zbl. Bakter. 1925. I. Orig. Bd. 94, S. 401. — 37) Th. Sütterlin: Münch. med. Wschr. 1927, S. 1540. — 38) Walter (Barcelona): Zbl. Bakter. 1924, I, Orig. Bd. 93, S. 49. — 39) K. Walther: Zbl. Bakter. 1929. I. Orig. Bd. 115, S. 235. — 40) L. Wamoscher u. H. Stoecklin: Zbl. Bakter. 1927, I. Orig. Bd. 104, S. 86. — 41) L. V. Zipperlin: Münch. med. Wschr. 1929, S. 220 (Referat).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Prof. Dr. W. REIS. Lwów.

III. Ogólno słowiański zjazd lekarski.

w Splicie (Dalmacja) w dniach 4—8 października 1930.

Po dwóch poprzedzających zjazdach, z których pierwszy miał miejsce w Warszawie a drugi w Pradze, odbył się III. ogólno słowiański zjazd lekarski w Jugosławji.

Ze zjazdem połączoną była dwutygodniowa wycieczka organizowana przez Orbis jugosłowiański „Putnik" (wyraz Putnik odpowiada naszemu polskiemu wyrazowi — pątnik, podróżnik). Wycieczka objęła całą Jugosławję. Punktem zbornym był Zagrzeb, skąd po zwiedzeniu miasta i wieczornych przyjęciach ruszyliśmy w dalszą drogę wzdłuż wybrzeża Dalmacji a następnie poprzez Bośnię i Herzegowinę do stolicy państwa Belgradu.

Na czele naukowej organizacji zjazdu stał komitet główny, którego honorowym przewodniczącym był prof. Dr. Antoni Gluziński z Warszawy a rzeczywistym przewodniczącym Dr. Momčilo Ivkovič z Belgradu. W skład członków komitetu wchodzili z Polaków: Dr. Jakimiak, Doc. Dr. Łapiński, prof. Dr. Czubalski z Warszawy i prof. Dr. Jurasz z Poznania.

Następujące tematy główne poruszone były na kongresie:

I. Reumatyzm.

Z polskich prelegentów zgłosili na ten temat wykłady:

Dr. Henryk Kłuszyński (Warszawa): Reumatyzm jako choroba społeczna w świetle współczesnej nauki lekarskiej.

Dr. Aleksander Krasuski (Warszawa): Jonston o reumatyźmie.

Doc. Dr. W. Melanowski (Warszawa): Gośćcowe (reumatyczne) zapalenia tęczówki.

II. Klimatologja morza.

Z prelegentów polskich: Dr. A. Krasuski: Znaczenie lecznicze morza.

III. Położenie społeczne lekarza w ziemiach słowiańskich.

Dr. Konkiewicz z Poznania miał temat zastrzeżony.

Poza tem organicznie ze zjazdem złączone lecz jako oddzielne sekcje pracowały oddziały:

I. Chirurgowie rozpoczęli w poniedziałek 6. października IV. kongres Jugosłowiańskiego Towarzystwa operacyjnej medycyny z głównym tematem: echinococcus.

W tej sekcji zgłosili z Polaków wykłady:

Prym. Dr. Tadeusz Batkiewicz (Warszawa): dyskusja nad tematem echinococcus.

Dr. Zdzisław Szczepański (Warszawa): O wyrwaniu nerwu przeponowego.

Prof. Dr. Antoni Jurasz (Poznań): Dożylna pyelografja.

Dr. Antoni Wieczorek i Dr. Wiktor Kaleciński (Warszawa): Wpływ irydektomji na ciałko rzeskowe.

II. Rentgenologowie i radjologowie otworzyli w kinoteatrze Karaman I. posiedzenie Jugosłowiańskiego Towarzystwa roentgenologicznego i radjologicznego.

Z Polaków zgłosili wykłady:

Prof. Dr. Karol Mayer (Poznań): Podstawy naukowe nowych ekranów fluoryzujących.

Doc. Dr. Adam Elektorowicz i Dr. B. Kryński (Warszawa): Kliniczne znaczenie pyelografji.

Dr. B. Kryński (Warszawa): Znaczenie badania roentgenologicznego śluzówki żołądka dla rozpoznania spraw chorobowych.

III. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych (jako IV. zjazd jugosł. Towarzystwa dermat.) rozpoczęła prace naukowe w sali klubu sportowego „Gusar", w której prof. Dr. Adam Karwowski (Poznań) zgłosił wykład na temat: Treba li praviti tako zvanu abortivum kuru kod svježeg sifilisa?".

IV. Poza tem w sekcji higjeny wygłosili z Polaków wykłady:

Dr. Aleksander Ławrynowicz (Warszawa): Stan awitaminozy a czynnik zakażenia i odporności.

Prof. Dr. Eugenjusz Piasecki (Poznań): Wychowanie fizyczne narodowe.

W sekcji medycyny teoretycznej:

Prof. Dr. Wiktor Grzywo-Dąbrowski (Warszawa): Samobójstwo w Polsce.

Dr. Tadeusz Mogilnicki (Łódź): Diagnostyczne i prognostyczne znaczenie badania cukru w płynach mózgowo-rdzeniowych u dzieci w przebiegu zapaleń opon mózgowych.

Szkoła Zdrowia Narodowego w Zagrzebiu pokazywała w kinoteatrze Karaman film o higjenicznej pracy w Jugosławji. Film

przeznaczony dla pokazów przed Ligą Narodów, objaśniany poza napisami angielskimi także przez jednego z kolegów w języku polskim, wykazywał, ile dla zdrowia publicznego zdziałała Szkoła Higjeny, ile okolic bagnistych zamieniono w urodzajne krainy, jak wieczorne kursa na wsi zapoznają włościan z prymitywnemi zasadami higjeny codziennego życia i jak w tej akcji sanacyjnej bierze udział cała ludność wiejska danego ośrodka, dając swą fizyczną pracę w usługi dla dobra ogółu.

Uczestników w zjeździe była nadspodziewanie wielka ilość. Liczbowo przeważali Polacy i Czesi. W stosunku do ilości uczestników, ilość słuchaczy na wykładach była nie wielka. Wykłady odbywały się w dowolnym języku słowiańskim i tu zauważyć można było, że w praktyce język polski odbiegł najbardziej od wszystkich języków słowiańskich; łatwiej porozumiewali się Czesi z Jugosłowianami niż Polacy. Najważniejszą jednakże przyczyną słabszego uczęszczania na wykłady była konkurencja ze strony przyrody Dalmacji, która przy stale istniejącej wspaniałej pogodzie odciągała słuchaczy od zimnych murów sal wykładowych, zachęcając do podziwiania błękitnego morza, dziwacznych gór Krasu lub licznych zabytków architektury. (Trogir, Hvar).

W numerze 27. Polskiej Gazety Lekarskiej z b. r. podany był program wycieczki, połączonej ze zjazdem. Uczestnicy zjazdu pomieszczeni byli na trzech okrętach, z których „Kumanowo“ był największym i najdogodniejszym; dwa inne „Zagrzeb“ i „Kosowo“ były nieco mniejszego typu.

Dano nam poznać Jugosławję w całej jej wspaniałości a uprzyjemniało nam pobyt na ziemi jugosłowiańskiej serdeczne przyjęcie, jakiego doznaliśmy ze strony przedstawicieli władz i całej ludności. Wszędzie, gdzie zajeżdżaliśmy statkami do portu oczekiwała nas muzyka miejscowa, gdzieniegdzie wyszła nam młodzież szkolna naprzeciw a wieczorem w niektórych miejscowościach jak na wyspie Rab urządzono iluminację całego miasteczka i wybrzeża morskiego palącem się łuczywem. Port w Splicie, siedzibie kongresu, stale był oświetlony różnokolorowemi lampkami elektrycznemi, które wśród ciemności nocy odbijały się w morzu drgającymi pasami świetlnymi.

W szczególności pobyt w Splicie pozostawił niezatarte wspomnienie u wszystkich uczestników. Gdy w nocy w dzień przyjazdu weszliśmy w perystyl dawnego pałacu cesarza Dioklecjana i oglądali przy świetle księżyca pozostałe z dawnych wspaniałości kolumny pałacu, byliśmy wprost oczarowani tymi niemymi świadkami dalekiej przeszłości. Legenda głosi, że Diokleejan, gdy rezydencja jego w Małej Azji zniszczoną została, wysłał w świat lekarzy i architektów, by wybrali mu miejsce, najodpowiedniejsze pod względem zdrowotnym i pod względem piękności położenia dla zbudowania pałacu, któryby przewyższył co do rozmiarów i wspaniałości wszystkie dotychczas istniejące pałace cesarskie. W dawne mury pałacu wmurowaną jest obecnie część miasta, w której się mieści około 3000 mieszkańców. Być może, że właśnie dzięki temu że w murach pałacu znalazło pomieszczenie nowe życie w wiekach następnych, że następne pokolenia wbudowały się niejako w dawne mury, zabytek ten nie uległ zniszczeniu jak inne opustoszałe budowle i zachowały się do naszych czasów części starych murów, kolumn, bram, służąc nowym celom jak np. mauzoleum zamienione na kościół, świątynia Eskulapa na kaplicę do odprawiania chrztu i t. p.

Poza kąpielami morskiemi i plażą, z których niektórzy zjazdowcy jeszcze chętnie korzystali posiada Split niedaleko od morza w samem mieście położone kąpiele siarczane, które znane już były w r. 298 po n. Ch. za czasów Diokleejana. Zwiedziłem zakład kąpielowy pod nieobecność lekarza a służący wręczył mi stary prospekt, w którym wśród cytowanych poświadczeń różnych osób, stwierdzających skuteczne działanie tych kąpieli znalazłem przedruk obszerniejszego artykułu z „Głosu Lekarzy“ z r. 1907, w którym Dr. Wiktor Opolski, prymarjusz szpitala powszechnego we Lwowie, przytacza dane dotyczące chemicznej analizy wody i zaznacza, że źródła wody siarczanej w Splicie są jedyne co do kombinacji siarki ze znaczną zawartością jodu.

Po czterodniowym pobycie w Splicie wyruszyliśmy dalej statkami do Dubrownika. Na zapoznanie się z samym Dubrownikiem zamało mieliśmy czasu, gdyż już następnego dnia urządziliśmy całodniową wycieczkę automobilami do Cetynji. Z Dubrownika wiedzie droga wzdłuż brzegów malowniczej zatoki kotorskiej do starego miasteczka Kotor, leżącego najgłębiej w zatoce. Po drodze widać liczne miasteczka amfiteatralnie zbudowane na terasach gór przybrzeżnych, ozdobione bujną podzwrotnikową roślinnością (cyprysy, drzewa oliwne, agawy drzewka granatu). Następnie opuszcza droga brzeg morski, wspina się coraz to wyżej po otaczających górach, z których stopniowo znika wszelka roślinność a tylko nagie, dziwnie poszarpane skały sterczą i nadają swoisty charakter krajobrazowi. Droga pnie się jeszcze wyżej ku szczytom skalistym gór, za któremi leży dawne państwo Czarnogórców. Droga prowadząca do Cetynji składa się z przeszło kilkudziesięciu zygzakowatych łuków, mistrzowsko zbudowanych na stokach Łowczynu, który odegrał tak ważną rolę w krwawych dziejach wielkiej wojny. Krajobraz spostrzegany po całej drodze jest tak dziwaczny, że przypomina znane z opisów niesamowite obrazy księżycowych przestrzeni; droga zaś jest tak zawrotna, że trzeba silnych nerwów aby nie dostać naprawdę zawrotu głowy.

Jeszcze raz przespaliśmy się na okręcie, poczem osobnymi pociągami odjechaliśmy do miejscowości kąpielowej Ilidże, gdzie mogliśmy oglądać stale wybuchające źródło wody siarczanej. Na drugi dzień miejscową koleją przybyliśmy do Sarajewa.

Dla tych, którzy jeszcze nigdy nie spotkali się ze Wschodem, obraz miasta i życia w Sarajewie był prawdziwą niespodzianką. Sto minaretów z miasta strzela w niebo i nadają one charakterystyczną cechę całemu wyglądowi miasta. Mając w pamięci poprzednio oglądany krajobraz Dubrownika mimowoli nasunęło się porównanie minaretów ze smukłymi cyprysami, zdobiącymi krajobraz Dubrownika. Typowy bazar orjentalny, Muzułmanie w fezach, zabronionych już we właściwej ich ojczyźnie, Turczynki zakwefione czarnym woalem — to wszystko na mieszkańca północy wywrzeć musiało niezwykłe wrażenie.

Na zakończenie przebyć musieliśmy przestrzeń, dzielącą Sarajevo od Belgradu. Droga kolejowa pejzażowo bardzo ładna ale z powodu ciągłych tuneli (podczas 14 godzinnej podróży naliczyliśmy ich aż 130) zbyt męcząca.

W Belgradzie odbyły się pożegnalne bankiety wydane przez gminę miasta, ministra zdrowia publicznego i zwiazek lekarzy belgradzkich i jugosłowiańskich oraz przyjęcie na dworze królewskim w obecności króla Aleksandra, protektora zjazdu. Bez sztywnej etykiety dworskiej podejmował król życzliwie członków zjazdu w nowo zbudowanem skrzydle pałacu królewskiego.

Poza tem nadmienić należy, że wszędzie gdzie ku temu nadarzyła się sposobność, podejmowały nas miejscowe władze bądź to bankietem bądź przedstawieniem w teatrze lub rautem wydanym przez bana (wojewody) poszczególnych krajów.

Tak więc z całem uznaniem i serdeczną podzięką przyznać należy, że komitet jugosłowiański uczynił wszystko, co było w jego mocy, by zjazdowcom pobyt na ziemi jugosłowiańskiej uprzyjemnić. Jeżeli były jakieś niedomagania i usterki, to winę ich ponosi raczej przedsiębiorstwo podróży Putnik, który nierównomiernie traktował wszystkich członków zjazdu, mimo że wszyscy tę samą zapłacili wkładkę. Zaznaczyć muszę, że osobiście zadowolony byłem z umieszczenia przydzielonego mi na statku i w hotelach, słyszałem jednak skargi kolegów, którzy nie umieli sobie wytłumaczyć takiego postępowania. Trzeba było dla uniknięcia nieporozumień z góry wprowadzić pewne różnice w wysokości wkładek, któreby usprawiedliwiały niejednolite traktowanie zjazdowców i z góry zapowiedzieć, jaka ilość miejsc lepszych i gorszych jest do dyspozycji. (w szczególności na statku są różnice ogromne; kajuta luksusowa, I. lub II. klasy, pojedyńcze lub zbiorowe).

Co się tyczy organizacyjnego komitetu polskiego to stwierdzić muszę, że nie odczuwało się troski komitetu o dobro swych poszczególnych członków. W podróży nie zebraliśmy się ani razu dla omówienia wspólnych spraw i wysłuchania życzeń poszczególnych członków zjazdu. Oficjalnie imieniem Polaków przemawiali stale nie należący do komitetu organizacyjnego prof. Karwowski z Poznania i prof. Sawicki z Warszawy.

Na zakończenie podnieść jeszcze należy zasługi kolegi jugosłowianina Dr. Włodzimierza Bazali, który nie należąc również do komitetu organizacyjnego, udzielał nam bardzo chętnie wszystkich wyjaśnień i podawał do wiadomości zmiany w programie zjazdu.

Dr. D. BERGER. Kraków.

Międzynarodowa Wystawa Higjeniczna w Dreźnie 1930.

Wrażenia i uwagi.

Zagadnienie higjeny społecznej stało się coraz aktualniejszem od czasu kiedy powojenna gospodarka europejska wkroczyła na drogę amerykanizacji. Gwałtownie rozwijający się przemysł, przesunięcie całych mas ludności wiejskiej do miast uczyniło żywotnym cały szereg zagadnień dotąd czysto teoretycznej natury. A obok tego gruntowna zmiana dotychczasowych metod pracy:

niebywały rozwój techniki maszynowej spowodował zmniejszenie znaczenia czynności czysto indywidualnej i co za tem idzie zmniejszenie znaczenia robotnika kwalifikowanego. Równocześnie musiała nastąpić rewizja dotychczasowych pojęć z dziedziny higjeny pracy. Na miejsce fizycznego przepracowania pojawia się znużenie wzgl. wyczerpanie psychiczne, w związku z tyloryzacją czy fordyzacją produkcji. Pojawia się konieczność poświęcenia uwagi kulturze fizycznej, zwłaszcza w dużych środowiskach miejskich czy przemysłowych i szerszego uświadamiania mas o korzyściach pochodzących z wychowania fizycznego i cały szereg z tem związanych zagadnień. Zarazem pojawia się zagadnienie jak uprzystępnić tę naukę w sposób nienużący, dobitnie przemawiający do ogółu pędzonego tempem nowoczesnego życia. Istniejące we wszystkich państwach urzędy pracy i zdrowia osiągają na tem polu bardzo wiele, od czasu do czasu okazuje się potrzeba kontroli tych rozstrzelonych usiłowań i systematycznego zebrania dotąd osiągniętych wyników. Doniosłe znaczenie posiada tutaj higjena współczesna, wkraczająca we wszystkie dziedziny życia indywidualnego i społecznego. Bez higjenisty nie dają się rozwiązać współczesne problemy urbanizacji, ba w czysto przemysłowych kwestjach stale zabierać głos musi higjenista i zdanie jego bardzo jest cenione. Wyniki któremi się higjena współczesna poszczycić może dają się porównać ze wspaniałymi wynikami bakterjologów, którzy wygnali z Europy dziesiątkujące w ubiegłem stuleciu ludność ostre choroby zakaźne. Obecnie zagadnienie przesunęło się na inne pole. Teraz nie chodzi o zwalczanie i zapobieganie ostrym chorobom zakaźnym, ale o zapewnienie najlepszych warunków dla życia i pracy w dużych środowiskach ludzkich, o uregulowanie wzajemnych stosunków pomiędzy miastem a wsią, o zapewnienie spoczynku po dniu przepracowanym, o dobór odpowiednich pracowników dla danych gałęzi przemysłu czy handlu i wiele innych t. p. rzeczy.

Co na tem polu zdziałano, to stara się nam pokazać Międzynarodowa Wystawa Higjeniczna (M. W. H.) w Dreźnie.

Jako miejsce dla tego potężnego zamierzenia wybrano Drezno, gdzie w 1911 r. otwarto już podobną wystawę. Pierwotnie, ramy dzisiejszej wystawy były znacznie cieśniejsze: myślano jedynie o pokazie higjeny indywiualnej i wychowania fizycznego. Na terenach obok dawnego muzeum higjeny, założonego przez Lingnera, rozciąga się obecna Wystawa zajmując 400000 m² z 46700 m² zabudowanej powierzchni. Na tej przestrzeni w 100 olbrzymich halach stworzono olbrzymi popularny pokaz higjeny ludowej, a przyczyniły się do tego nietylko Niemcy, ale i pozostały świat. Nad całością góruje potężny gmach niemieckiego muzeum higjeny, biorącego swój początek w eksponatach wystawy z r. 1911. Twórcy tego muzeum, Lingnerowi, przyświecała cała myśl stworzenia instytucji, któraby nie była muzeum w zwykłem tego słowa znaczeniu, ale siedzibą nauki higjeny społecznej, tak jak muzea przemysłowe na polu techniki i rzemiosła. Prace przedwstępne przerwała wojna: w międzyczasie zmarł Lingner, i zdawało się, że z nim zeszła do grobu realizacja tego potężnego zamierzenia, zwłaszcza, że inflacja zniszczyła materjalne podstawy dla wykonania tych planów. Dopiero ze skromnych początków, przez otwarcie warstatów przy muzeum higjeny, dostarczających duplikatów znajdujących się w muzeum eksponatów, dla celów nauczania, udało się stworzyć nowe, acz skromne podstawy dla działalności samego muzeum. Równocześnie stworzono pierwsze ruchome wystawy higjeniczne dla propagandy higjeny społecznej zrazu w samych Niemczech, potem i poza granicami Rzeszy, zwłaszcza, że komitet higjeny Ligi narodów udzielił swego możnego poparcia.

Statutowem zadaniem muzeum, na czele którego stoi kierownik naukowy dr. Voge, jest uświadamianie szerokich mas ludowych na polu higjeny indywidualnej i społecznej. W tym celu zebrano olbrzymi materjał naukowy, który starano się spopularyzować, a zadanie to udało się w przeważnej części znakomicie spełnić. Otwarcia tego muzeum użyto jako okazji do urządzenia wielkiej międzynarodowej wystawy, celem pokazania współczesnych zdobyczy na polu higjeny indywidualnej i społecznej.

W potężnym, ciekawie architektonicznie ujętym budynku mieści się nowootwarte muzeum higjeny. Zebrane tu zbiory nie zostały znikąd zwiezione, ale na miejscu stworzone w warstatach wedle zapodań niemieckich uczonych. Tu mieszczą się też warstaty dostarczające środków i pomocy naukowych, dla nauczania higjeny, daleko poza granice państwa. Tu znajdują się sale wykładowe, bibljoteka, pracownie doświadczalne, psychotechniczne itp. Tu też zebrane są jedyne w swoim rodzaju zbiory noszące nazwę „der Mensch — człowiek". W tym dziale wystawy starano się w sposób poglądowy przedstawić anatomję i fizjologję ciała ludzkiego. Cudowne modele demonstrują początek życia organicznego na kuli ziemskiej, wszystko obszernie objaśniane napisami; wspaniałe preparaty anatomiczne sporządzone nową metoda dają wgląd wgłąb utkania mięsnego i pozwalają na zobaczenie struktury kości. Wszystko stale porównywane do łatwo dostępnych laikowi pojęć powierzchni. Każdemu obrazowi anatomicznemu odpowiada inny wzięty z życia codziennego, a wszystko to odbywa się w sposób poważny, bez niesmacznej „Laienpropaganda".

W dziale zatytułowanym: Kobieta jako żona i matka, starano się przedstawić rolę kobiety jako nosicielki życia. Widzimy tu w formie tablic różnicę między płcią męską a żeńską. Widzimy dalej rozwój jaja zapłodnionego, higjenę ciąży, porodu i połogu, i en passant też poród u ludów pierwotnych, widzimy warunki, w których pracować winna w czasie ciąży kobieta pracująca, dalej climax, wreszcie dwie potężne klęski społeczne: rak i spędzenie płodu. Popularne zestawienia mówią tu silniej niż słowo. W tej sali zatrzymuje się stale większa liczba zwiedzających, którzy zastanawiają się poważnie nad tem, co do nich obrazy mówią.

W dziale eugeniki pokazują nam regułę Mendla w zastosowaniu do człowieka. Na obrazie znanych powszechnie drzew genealogicznych pokazano dziedziczenie pewnych cech trwałych, dziedziczenie cech nabytych i wpływ świata zewnętrznego na dziedziczenie, wreszcie w dobitny sposób ujęto sprawę poradnictwa małżeńskiego.

Dalsze sale obejmują zagadnienie higjeny ludowej jako czynnika wychowawczego, odżywienie: składniki pożywienia ludzkiego, ich wartość odżywcza i kaloryczna, ekonomika pożywienia, stosunek ceny do wartości odżywczej, zapotrzebowanie człowieka w ciągu roku, sposób gotowania i sporządzania pokarmów, awitaminozy, zdrowie i choroba, warunki dla powstania schorzenia, zakażenie, odporność ustroju, wyzdrowienie.

Walką z gruźlicą zajmują się eksponaty sali 11: we wziętych z życia obrazach zebranych na 14 ścianach ujęto sposób zakażenia i szerzenia się gruźlicy, poszczególne jej postacie, rozpoznanie, leczenie, sanatorja, poradnictwo i opieka nad chorym i otoczeniem chorego. Tu widzimy też ad oculos wyniki nowoczesnej walki z gruźlicą wyrażające się wybitnym spadkiem śmiertelności, przyczem ale jasno wykazano, że nie zmniejszyło się zupełnie niebezpieczeństwo zakażenia, na które jednak najbardziej narażony jest człowiek w wieku pracującym. Zadanie i rola promieni Roentgena w walce z gruźlicą, organizacja i znaczenie poradnictwa przeciwgruźliczego, wyraźnie wskazują na wielkie korzyści wynikające z zastosowania tej metody walki.

Choroby weneryczne: dział historyczny, statystyka niem. tow. dla zwalczania chorób wenerycznych, rzeżączka, kiła nabyta i wrodzona, profilaktyka, metody zwalczania chorób wener., dyskretnie umieszczone mulaże ilustrują poszczególne etapy schorzenia.

Choroby zakaźne wieku dorosłego: ospa, tyfus, opieka nad chorym na choroby zakaźne, obok tego choroby zakaźne wieku dziecięcego.

Nowotwory złośliwe, zwłaszcza rak sutka i szyjki macicznej. Na raka szyjki macicznej umiera rocznie 23000 kobiet w Niemczech. Wszystko dąży tu do wykazania, że rak na czas rozpoznany, daje możność wyleczenia.

Pasorzyty: malarja, śpiączka afrykańska, pasorzyty jelitowe, profilaktyka.

W dziale historycznym widzimy powstanie i rozwój urządzeń sanitarnych i higjenicznych od zarania dziejów ludzkości, w czterech grupach obejmujących czas przedhistoryczny, starożytny, klasyczny, średniowieczne i nowożytny.

Wreszcie higjena ludów pierwotnych: mieszkanie, pożywienie, odzież w poszczególnych strefach klimatycznych.

W osobnym pokoju uczczono pamięć twórcy i założyciela tego muzeum, Karola Lingnera, dalej widzimy halę, w której zilustrowano zadania i cele muzeum higjeny w Dreźnie. Dwa modele wystawy z roku 1911 i obecnej dają dobitny obraz wyników osiągniętych na tem polu.

W osobnym budynku zebrano ostatnie zdobycze na polu szpitalnictwa. Budynek ten obejmuje dział zatytułowany „das moderne Krankenhaus". Wykonano go jako zbiór poszczególnych sal, które architektonicznie i pod względem wyposażenia technicznego, wreszcie wielkością odpowiadają szpitalowi średnich rozmiarów. Urządzenia dostarczył w całości potężny sanitarny przemysł niemiecki łącznie z przemysłem elektrotechnicznym i budowlanym. Obok tego wystawiają luźne eksponaty poszczególne firmy, których przedstawiciele chętnie udzielają potrzebnych wyjaśnień. Ponieważ na stosunkowo niewielkiej przestrzeni chciano pokazać bardzo wiele, więc wynikło z tego pewne przeładowanie sal przedmiotami, ale mimo to, każdy może znaleźć to, co go zajmuje. Przez wejście z pokoju odźwiernego wchodzimy do poczekalni i izby przyjęć szpitala. Poszczególne działy szpitalnictwa widzimy repre-

zentowane w odpowiednich salach. I tak mamy tu wzorową salę porodową, salę operacyjną chirurgiczną, ortopedyczną, izby chorych dla chorych wewnętrznych, zakaźnych, dalej polikliniki (ambulatorja): okulistyczne, laryngologiczne, dermatologiczne, wszystko wyposażone bogato w instrumentarjum, osobny dział lecznictwa fizykalnego i wiele innych. W dziedzinie rentgenologji nowe urządzenie terapeutyczne usuwające zupełnie niebezpieczeństwo z powodu prądu wysokiego napięcia wystawia firma Koch i Sterzel, a Siemens ciekawe urządzenia djagnostyczne rozwiązujące również ten problem. Obok tego urządzenia sal operacyjnych Lautenschlägera i Schaerera. Tutaj również zebrano wyniki prac komitetu normalizującego dla spraw szpitalnictwa — Fanok (Fachnormenausschuss Krankenhaus), którego zadaniem jest ujednostajnienie typów przedmiotów używanych w szpitalnictwie, co posiada duże znaczenie gospodarcze i umożliwia znaczne potanienie produkcji przy równoczesnem utrzymaniu wysokiej jakości w odniesieniu do gatunku. Normalizacja obejmuje wszystko co w obręb szpitalnictwa wchodzi, a więc narzędzia lekarskie, bieliznę, odzież, aparaturę elektryczną, kuchnię, budynki, urządzenie wewnętrzne, materjał opatrunkowy i wiele wiele innych.

Wreszcie w dziale teoretyczno-statystycznym pokazano szpitalnictwo w cyfrach, ale w sposób popularny. Pokazano nam jak ilość szpitali stale wzrasta, pokazano wykresy ilustrujące obłożenie łóżek w zależności od pory roku. Widzimy tu przyczyny, które spowodowały zwiększony przypływ chorych do szpitali. Wreszcie sposoby dla zapobieżenia zwiększenia ilości łóżek przez opiekę domową i społeczną, przez kuchnie djetetyczno-lekarskie i polikliniki, wreszcie przez tworzenie specjalnych zakładów leczniczych dla lekko chorych. W osobnym pokoju pokazano stan pielęgniarstwa szpitalnego, stanowisko pielęgniarzy i pielęgniarek, stanowisko personalu lekarskiego, wreszcie rolę szpitala, jako szkoły dla kształcenia lekarzy. Widzimy tu też znaczenie techniki na usługach szpitalnictwa, wybór i podział terenu pod budowę szpitala, naturalne i sztuczne urządzenia wentylacyjne oraz wiele innych urządzeń technicznych.

Obok pawilonu przedstawiającego zagadnienie wychowania fizycznego postawiono jako trwałą budowlę wzorową halę gimnastyczną, jako wzór dla podobnych sal mających powstać w innych miastach rzeszy. Inicjatorzy tej budowli wychodzą ze założenia, że dzisiejszy rodzaj zajęć zawodowych w dużem mieście wymaga koniecznie odprężenia we formie ćwiczeń fizycznych. Ideał to pole sportowe, ale panujący w naszej strefie klimat pozwala na ćwiczenie pod gołem niebem jedynie w miesiącach letnich. Aby temu zapobiedz należy budować hale gimnastyczne wyposarzone obficie w potrzebny sprzęt. Wybudowana w Dreźnie hala wzbudza prawdziwy podziw. Równocześnie mamy tu przegląd przemysłu gimnastycznego i sportowego.

Jakie znaczenie przypisuje się w Niemczech wychowaniu fizycznemu to widzimy zwiedzając olbrzymi pawilon poświęcony temu zagadnieniu. Pokazano tutaj możliwość zastosowania tego nieodłącznego czynnika zurbanizowanego i wysoko uprzemysłowionego społeczeństwa dla każdej kategorji społecznej i każdego wieku. Widzimy też konieczność wszechstronnej zaprawy fizycznej dla uzyskania jednolitego i równomiernego wykształcenia ciała. Cały dział wychowania fizycznego ujęto w trzy grupy: pierwsza to grupa naukowa w której pokazano rozwój historyczny wychowania fizycznego, kulturę fizyczną w starożytnej Grecji i Rzymie, dalej w Japonji, Chinach i Indjach Zachodnich, wychowanie fizyczne w średniowieczu i czasach nowotżytnych. Widzimy tu współzależność rozwoju fizycznego społeczeństwa od odpowiedniego ujęcia problemu kultury fizycznej, widzimy wpływ wychowania fizycznego na poszczególne narządy ciała ludzkiego, a więc na narząd ruchu, oddechowy, krążenia, przemianę materji, widzimy racjonalną higjenę wychowania fizycznego, budowę stadjonów i hal ćwiczebnych, rolę lekarza sportowego, widzimy zapotrzebowanie wychowania fizycznego w zależności od wieku (wiek dziecięcy szkolny, okres rozwoju płciowego i u dojrzałych), dalej analizę ruchu w filmie o tempie zwolnionym.

W grupie drugiej widzimy wzajemny stosunek kultury fizycznej i opinji publicznej, rolę i znaczenie prasy ogólnej i sportowej, literatury fachowe, radja, filmu i last not least społeczeństwa.

W trzeciej grupie wystawiają organizacje. Dwie potężne organizacje zabierają tutaj głos: Państwowy wydział niemiecki dla spraw wychowania fizycznego i Związek związków sportowych. Pierwsza z tych pokazuje nam w formie obrazów rozmaite ćwiczenia lekkoatletyczne i gry sportowe, dalej ćwiczenia przyrządami, sport wodny, turystykę i sporty zimowe, wreszcie wyniki na tle konkurencji międzynarodowej. Druga organizacja przedstawia wykaz poszczególnych organizacyj sportowych i to zarówno pod względem organizacyjno-sportowym, jak i co do zamierzeń i wyników. Obok hotel-gospoda sportowa niezwykle ekonomicznie i celowo zbudowany. Obok tego wystawia przemysł sportowy swe wyroby, księgarstwo odpowiednią literaturę, radio wyniki współpracy radja ze sportem, a nawet przemysł farmaceutyczny ukazuje nam niebezpieczeństwo pochodzące z chorób z przeziębienia i środki lecznicze dla zapobiegania przeziębieniom.

Tuż obok pokazano sposoby pielęgnowania ciała. To co mieszkańcy wsi czy żeglarze mają podostatkiem, tego brak nam w mieście. Organizm ludzki potrzebuje stale pewnych podniet jakich dostarcza światło, powietrze i ruch. Jedynie sharmonizowane skoordynowanie tych potrzeb i racjonalne ich stosowanie daje dobre i odpowiednie wyniki. Wystawa daje tu nam doskonałe wskazówki: jak pielęgnować skórę, aby być zdrowym, jak przeprowadzić wzorową higjenę jamy ustnej (obok tego wspaniały pokaz schorzeń jamy ustnej i techniki dentystycznej), wreszcie racjonalny podział dnia pracy.

W hali 49 zajęto się higjeną dziecka: osobno ujęto higjenę wieku niemowlęcego i przedszkolnego, w sposób bardzo szczegółowy. Ciekawe jest zestawienie wszystkich zabobonów, które hamują matkę przy wychowywaniu dziecka i powodują wykonywanie całego szeregu niedorzecznych czynności. Duża propaganda za naturalnem karmieniem. Obok tego widzimy nowoczesną szkołę. Wymagania higjeniczne dla wieku szkolnego we formie dobitnie przemawiających tablic działają skuteczniej niż wszelkie wykłady i książki.

Trudno zaiste ująć w krótkiem sprawozdaniu całokształt tej potężnej wystawy: wkracza ona doprawdy we wszystkie zagadnienia współczesnego życia ze stanowiska higjeny: stanowisko kobiety w świetle współczesnej higjeny; rola kobiety uległa wybitnej zmianie od czasu kiedy poza obowiązkami gospodyni i matki musiała wziąść na siebie ciężki obowiązek pracy zawodowej, stwarzając tem samem nowy typ kobiety. Ponad wszystkiem góruje zasada: kobieta tylko wtedy może zapewnić sobie zdrowy tryb życia, jeżeli potrafi uzgodnić swoje obowiązki względem rodziny z zajęciami zawodowemi.

W dziale higjena pracy widzimy całą olbrzymią dziedzinę szkód przemysłowych. Specjalnie zajęto się sprawą zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom. Ukazano specjalne urządzenia przeciwpyłowe oraz tłumiące hałas, pokazano sposoby ochrony przed gazami trującemi, ołowiem, benzolem i związkami aromatycznemi, rtęcią itd., pokazano wpływ znużenia na wydajność pracy i wiele innych ciekawych szczegółów nad któremi trudno się tu rozwodzić.

Ale i higjenie pracy umysłowej poświęcono osobny dział. Specjalną uwagę zwraca tutaj stanowisko nerwowego osobnika oraz zagadnienie poradnictwa małżeńskiego.

O właściwem odżywianiu: tu widzimy zebrane środki żywności z zapodaniem ich składu chemicznego, wartości odżywczej i kalorycznej obok tablic wykazujących zapotrzebowanie żywności przez rozmaitych ludzi, prócz tego środki szkodliwe, fałszowane i mylnie zachwalane. Wystawiający tu przemysł żywnościowy niemiecki ukazuje ostatnie zdobycze z tej dziedziny.

Walkę z robactwem i innemi szkodnikami oraz współczesną dezynfekcję widzimy w dziale osobnym: widzimy tu najczęstsze pasorzyty domowe i sposoby ich zwalczania, widzimy sposoby dezynfekcji przy łożu chorego oraz dezynfekcję mieszkania po przebytej chorobie zakaźnej, wreszcie łatwe sposoby dezynfekcji łatwo dające się na szeroką skalę zastosować.

Mieszkanie i osiedle w dużem zbiorowisku — w ramach tej wystawy ukazano typy domów mieszkalnych. I tak dom dla jednej rodziny posiadającej dużo dzieci. Podwórze służy jako miejsce do zabawy i do kąpieli słonecznych i powietrznych, 3 sypialnie, szafy wbudowane w ścianę, natrysk i umywalnia, centralne ogrzewanie, wszystko pierwszorzędnie wykończone, bardzo celowo i ekonomicznie budowane. Osobny domek dla chorego na gruźlicę uwzględnia zupełnie potrzeby tego chorego przy zachowaniu ścisłej izolacji: dostęp do chorego wprost z ulicy, pokój mieszkalny z oknami wprost na południe i werandą. Osobna łazienka i W. C. Ściany zmywalne ze stalfitu, szafy w ścianie, aby zapobiedz odkładaniu się kurzu. Pozostałe pokoje przeznaczone dla rodziny są normalnie rozmieszczone. W pokoju dziecinnym łóżka dają się składać i ukryć w ścianie, co umożliwia zabawę dzieciom w czasie dnia, pralnia i kotłownia w piwnicy. Na strychu można w razie potrzeby dobudować jeszcze pokoje. Wybudowano też domek dla inwalidy, pozbawionego możności samoistnego ruchu. Tutaj jest dostęp wszędzie łatwy. Domki takie można ew. budować jako blok. Pokoje mieszkalne otrzymują wtedy światło od południa. Widzimy tu też typy domów większych piętrowych, gdzie na każdem piętrze mamy po dwa mieszkania, każde wyposażone w łazienkę z płynącą ciepłą i zimną wodą, wszystko budowane

wedle poleceń państwowego urzędu doświadczalnego dla spraw budowli mieszkaniowych. Wreszcie wspaniałe modele nowoczesnego miasta budowanego wedle wymagań dzisiejszej higjeny.

Brak czasu nie pozwolił mi na dokładniejsze zwiedzenie rolniczej części wystawy i zajęcie się wystawą organizacji służby zdrowia w Rzeszy, starannie obesłaną przez państwa związkowe... To ale co widziałem wskazuje na potężny rozmach twórczy w tej dziedzinie, i to nietylko ze strony państwa, ale olbrzymiej ilości stowarzyszeń ściśle z państwem współdziałających. Tu wystawiają też związki kas chorych, ubezpieczenie inwalidów i towarzystwo ubezpieczeń urzędników prywatnych, których podstawy organizacyjne zupełnie odbiegają od naszych.

Zagranica wystawia w Pawilonie narodów. Rozpoczyna Szwajcarja, ilustrująca wyniki leczenia w Leysin u prof. Rolliera. Widzimy tu zdjęcia wykazujące możliwość zastosowania pracy u chorych na gruźlicę zmuszonych do leżenia, co doskonale wpływa na stan psychiczny chorych a zarazem na potanienie kosztów leczenia, dalej wyniki walki z wolem w klinice Quervainaw Bernie. Z wystawy krajów austrjackich uwagę zwracają tablice ilustrujące działalność związków ubezpieczeń społecznych, których działalność szeroko wybiega poza samo leczenie, obejmując i akcję zapobiegającą wypadkom nieszczęśliwym przy pracy, akcję wypoczynkową dla dzieci ubezpieczonych itd., wreszcie wystawę izb robotniczych i urzędniczych wraz z organizacjami podległemi obejmującemi poradnictwo zawodowe, ochronę pracy i wiele innych. Gdańsk pokazuje swoje urządzenia sanitarne, doskonałe wodociągi i kąpieliska nad morzem, z dogodnemi połączeniami kolejowemi, jako doskonałe miejsca wypoczynku. Hala Związku republik sowieckich jest tak przeładowana eksponatami, że utrudnia to mocno orjentację. Starano się tutaj pokazać co w ciągu ostatnich dziesięciu lat w Rosji na polu higjeny zdziałano. Wiele ciekawych albumów fotograficznych przedstawia nam działalność instytutów naukowych. Rozmieszczono je na półpiętrze, gdzie w wygodnych fotelach można wypocząć po trudach wędrówki. Wystawia obok Japonja szereg zdjęć wojskowych szkół lekarskich, urządzeń sanitarnych w więzieniach i domach poprawy dla przestępców młodocianych. Trudno jednak sobie na tej podstawie urobić zdanie o stanie higjeny w krainie Wschodzącego słońca. Podobnie wyrwaną kartę stanowi eksponat amerykański, działający zupełnie niewspółcześnie i nie harmonizujący zupełnie z nowoczesnym charakterem tej wystawy. Wystawy Jugosławji, Chile i Mexyku nie zawierają nic godniejszego uwagi. Dalej wystawia Międzynarodowa organizacja Czerwonego Krzyża i Międzynarodowe Biuro Pracy w Genewie. Komitet Higjeny Ligi Narodów przedstawia wyniki walki z malarją, kiłą, rakiem i śpiączką afrykańską oraz na polu ochrony oseska, dalej organizację służby zdrowia dokonaną przez organa Ligi w Chinach, Boliwji i Grecji. Litwa i Rumunja ukazują swoją etnicznie odmienną strukturę kraju. Z innych państw wystawia jeszcze Holandja, Czechosłowacja i Turcja, a z towarzystw niemieckich o działalności poza Europą misje ewangielickie, wykazujące doskonałą organizację lekarską na polu walki z trądem, nauki chorób tropikalnych dla personelu pielęgniarskiego i lekarzy, higjenę indywidualną i zbiorową w Kolonjach oraz obfitą literaturę.

Obejmując całość zebraną na M. W. H. w Dreźnie widzimy jak potężnym jest wysiłek zjednoczonego świata kulturalnego w walce z chorobami, widzimy pozytywne ustosunkowanie się do całokształtu zagadnień z dziedziny higjeny społecznej, a zarazem mamy poczucie tego zjawiska, że dziś już nie jesteśmy zaskoczeni szeregiem szkodliwych warunków pojawiających się na terenie współczesnego życia, lecz już przy tworzeniu czy to warunków pracy, czy zrzeszeń urbanistycznych, czy wreszcie na wsi tak wszystko urządzamy, że redukujemy czynniki szkodliwe do minimum. A że zapobieganie jest tańsze od leczenia, o tem dzisiaj nie trzeba już nikogo przekonywać.

Całość wystawy już swą architekturą działa wybitnie współcześnie. Sama wystawa mieści się w parku olbrzymim. Godną widzenia jest aleja wodotrysków. A prócz tego Drezno ze wspaniałemi zabytkami architektury, muzeami, operą, przepiękną doliną Łaby i Saską Szwajcarją. Wszystko to czyni trud podróży niedaremnym.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przemysł chemiczny, rok XIV, nr. 20, z października 1930: W. Świętosławski, H. Starczewska i J. Krzyżkiewicz: Z badań fizyko-chemicznych nad mieszankami spirytusowemi VI. — W. Iwanowski, Wł. Palczewski, L. Markin: Drożdże piekarniane fabryk Rzeczypospolitej Polskiej. — M. Bornstein: Kontrola ruchu oraz samoczynna regulacja aparatów w przemyśle chemicznym.

Wiedza lekarska, rok IV, nr. 10, z października 1930: J. Węgierko: Ważniejsze dane, dotyczące istoty i leczenia cukrzycy.

Lekarz wojskowy, rok X, tom 16, nr. 3, z 1 sierpnia 1930: B. Pawłowski: Ventrofixatio, (Ventrosuspensio) tj. podszycie macicy do przedniej ściany brzusznej, jako przyczyna uwięźnięcia zgorzeli jelita cienkiego. — M. Skowroński: O własnym wagowo-analitycznym sposobie badania ilości „wdechalnego" pyłu powietrza. — Bujwid: Pierwszy Zjazd Międzynarodowy Mikrobiologów w Paryżu.

Nowiny lekarskie, rok XLII, nr. 21, z 1 listopada 1930: R. Bernhardt: Uwagi w sprawie twardziny i zapalenia skóry przewlekłego zanikowego. — B. Kowalski: Stosunek lekarza praktyka do kilku ważnych zagadnień ginekologicznych. — Giebocki: Leczenie gruźlicy płuc ergosteryną naświetlaną.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 44, z 30 października 1930: I. Fliederbaum: O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego. — B. Muszkatblat: Mańkuctwo u dzieci. H. Higier: Obraz neurologiczny i psychjatryczny hipoglikemji samoistnej i objawowej (streszcz. zbior.). — Z. Bychowski: Padaczka i opieka społeczna (dok.).

Pedjatrja Polska, tom X, zeszyt 5, za wrzesień-październik 1930: A. Skwarczyńska i M. Śliwińska: Z Kliniki złośliwej błonicy gardzieli. — H. Frenklowa: Przypadek epidermolysis bullosa dystrophicans z zejściem śmiertelnem.

Przegląd dentystyczny, rok X, nr. 9, z września 1930: H. Wilga: Leczenie zębów z miazgą w stanie zgorzelinowego lub ropnego rozpadu.

Wiadomości weterynaryjne, rok XII, tom IX, nr. 123, z października 1930: XI. Międzynarodowy Kongres medycyny weterynaryjnej: — Rzeźnie i targowiska m. st. Warszawy w r. 1929/30.

Młoda matka, nr. 21, z r. 1930: I. Wiszniewski: Jarzyny i soki w odżywianiu dzieci. — M. Stopnicka: Pleśniawki. — Z. Morawski: Czystość to zdrowie. — I. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa. — I. Bogdanowicz: O przeciążeniu umysłowem małego dziecka. — M. Kuncewiczowa: Dzieci.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 21, z 1 listopada 1930: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego; — Regulaminy Związku. — St. Ciechanowski: Stan i potrzeby nauk lekarskich w Polsce (c. d.). — Cz. Wroczyński: Współczesne prądy i dążenia medycyny społecznej (dok.). — H. Safian: Zagadnienia ogólne administracji sanitarnej na terenie powiatu (dok.).

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 44, z 2 listopada 1930: Raciński: Spalanie substancyj organicznych zapomocą stężonych roztworów wody utlenionej (perhydrolu); — Sprawy zawodowe.

Opieka nad dzieckiem, r. VIII, nr. 8, z sierpnia 1930: I. Flisak: Ruch boiskowy w Stanach Ziednoczonych Ameryki Północnej; — Zimowe wakacje w szkołach powszechnych.

Zdrowie, rok XLV, nr. 20, z 15 października 1930: A. Wierciński: Dur plamisty i dur brzuszny na terenie województwa wileńskiego. — B. Kassur i H. Rabinowiczówna: Epidemja duru brzusznego w powiecie świętochłowickim, czerwiec—sierpień 1929 roku.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 45, z 6 listopada 1930: I. Fliederbaum: O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego (dok.). — I. Koniecpolski: O stosowaniu autohemoterapji w durze brzusznym. — I. Typograf: O stosowaniu morfiny w chorobach serca. — W. Czarnocki: Serce sportowe (Streszcz. pogl.). — M. Ferster: Jaki preparat należy stosować w dnie. — A. Krieger: „Odmiastowienie" szpitali warszawskich a Kasy chorych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1930. L. 4.

Harbin i Zollinger: *Osteochondritis ośrodków wzrostu.* Cel pracy: wyjaśnienie zapatrywań różnych autorów o schorzeniach ośrodków kostnienia i ustalenie mianownictwa tych schorzeń.

W wielu kościach proces kostnienia odbywa się w więcej, niż jednym ośrodku. Przeważna część kości posiada kilka ośrodków

kostnienia, które ukazują się w różnym czasie (pierwszy taki ośrodek nazywamy pierwotnym a wszystkie następne wtórnymi).

Niektóre kości krótkie i płaskie (nadgarstka i stępu) kostnieją z pierwotnego ośrodka, z wyjątkiem kości piętowej. Wszystkie kości długie posiadają wtórne ośrodki kostnienia.

Prawie wszystkie wtórne ośrodki kostnienia ukazują się po urodzeniu. Wiele z nich rozwija się dopiero później, nawet w okresie dojrzewania np. w kręgach, piszczeli, żebrach, obojczyku, rzadziej w rzepce.

Wobec takich stosunków rozwoju należy uwzględnić podział omawianych schorzeń na grupę wtórną i pierwotną, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z zaburzeniem rozwoju ośrodka pierwotnego, czy też wtórnego; tak więc kości nadgarstka i stępu zaliczymy do grupy pierwotnej, z wyjątkiem kości piętowej, w kręgach natomiast należy przewidzieć typ pierwotny i wtórny, ponieważ ośrodki kostnienia wykazują dwa okresy czynnego wzrostu: pierwotnego w pierwszem i wtórnego w drugiem dziesięcioleciu.

Typ pierwotny może się rozwijać aż do czasu ukazania się ośrodków wtórnych, lub też obydwa typy ukazują się u tego samego osobnika równocześnie.

Najczęstszem schorzeniem typu wtórnego w zakresie główki kości udowej jest chor. Perthesa (Legg'ea, Calve'go, Waldenströma, *osteochondritis tibiae*). Jeśli chodzi o rzepkę to możemy obserwować typ pierwotny, opisany przez Köhlera i wtórny znany pod postacią syndromu objawów Larsena-Johannsona. Zaburzenia w kostnieniu rzepki nie są rzadkie i w 2/3 występują obustronnie. Typ pierwotny występuje około 6-go r. ż., kiedy to rozwija się szybko pierwotny ośrodek kostnienia, typ wtórny ukazuje się w okresie dojrzewania i może występować obok równoczesnych zmian w piszczeli.

Kość łódkowata jest jedną z tych, które kostnieją najpóźniej i to z ośrodka pierwotnego (5—6 r. ż.). Górną granicę stanowi 12 r. ż. (chor. Köhlera). Ogólnie znaną jest chor. Köhlera II w zakresie 2-giej k. śródstopia *(infractio Freibergi)*.

Rzadziej obserwujemy omawiane schorzenie w kości piętowej; w zakresie kończyn górnych jest wyjątkowe.

Zaburzenie w kostnieniu kręgów opisują pod nazwą *kyphosis juvenilis, kyphoscoliosos adolescentium, kyphosis osteochondropatica, epiphysitis vertebralis* itd. Typ pierwotny ukazuje się w pierwszych latach i prowadzi do większego zniekształcenia kręgosłupa, niż typ wtórny, który jest częstszy. *Osteochondritis vertebr.* jest niestety rzadko rozpoznawana; bierze się ją najczęściej za gruźlicę.

Hepler: *Pojedyncze torbiele nerki*. Większość autorów jest zdania, że wymienione torbiele są pochodzenia wrodzonego, rozwijając się z resztek embrjonalnych, pozostałych torbiel. kanalików płodu lub też na tle brakującego połączenia kłębuszków i kanalików. Niejasną stroną tej teorji jest fakt, że wspomniane torbiele spotykamy w niemłodym już wieku a nie rzadko nawet w 60—70 r. ż. Niektórzy to tłumaczą bardzo wolnym wzrostem torbieli, ale znamy przecież torbiele nerek bardzo szybko rosnące, jakkolwiek u małych dzieci występują one bardzo rzadko.

Nasuwa się pytanie, czy torbiele te nie powstają na innem tle. Trudno przypuścić, by tworzyły się z powodu niedrożności czy zatkania kanalików. Doświadczalnie spowodowana niedrożność kanalików prowadzi zawsze do ich rozszerzenia, nigdy natomiast do wytworzenia się torbieli. Do tego musi się dołączyć zaburzenie w krążeniu. Ucisk tętnicy przy równoczesnej niedrożności moczowodu zmniejsza wprawdzie napięcie tkanki a temsamem przyczynia się do ogólnego rozszerzenia kanalików, jednak nie powoduje rozszerzenia torbielowatego. Dopiero podwiązanie jednej gałązki tętn. powoduje zawał krwawy, w miejsce którego może powstać ograniczone rozszerzenie. Z tego wynika, że zaburzenie w krążeniu krwi nerki odgrywa dominującą rolę w powstawaniu torbieli. Tem też tłumaczymy częstość ich tworzenia się ponad 45 r. ż. tj. w wieku, w którym mają miejsce schorzenia naczyń (miażdżyca, tętniak, zawały i td.).

Janik (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dn. 8. IV. 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 74, wprowadzonych gości 95.

1) Protokół posiedzenia naukowego z dnia 1 kwietnia przyjęto.

2) Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki.

3) Kol. Z. Radliński wygłosił odczyt p. t. *„Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc"*. (Streszczenie własne).

Zasadniczym czynnikiem w leczeniu gruźlicy jest zapewnienie choremu narządowi spokoju i, o ile to możliwe, wyłączenie go z czynności. Oddawna stosowany w leczeniu t. zw. gruźlicy chirurgicznej, czynnik ten w odniesieniu do gruźlicy płuc znalazł urzeczywistnienie w t. zw. odmie sztucznej (Forlanini 1888). Odma sztuczna jednak nie zawsze może być wykonaną, ponieważ mogą zrosty płuca z opłucną ścienną przeszkadzać zapadnięciu się płuca, a nawet wprowadzeniu gazu. Niejednokrotnie zrosty takie powstają właśnie po licznych nakłuciach odmowych i wtedy ustaje możność stosowania odmy aż do końca leczenia. Dla tych przypadków, w razie schorzenia jednostronnego, lub w najgorszym razie przy b. nieznacznych zmianach drugostronnych, wchodzi w grę leczenie chirurgiczne. Leczenie to, po nieudanych i zaniechanych próbach usuwania chorych płatów płuc polega obecnie na wywołaniu zapadnięcia się chorego płuca *(collapsus)*. Odzyskujemy to albo na drodze wyrywania nerwu przeponowego *(phrenicoexaeresis)*, albo torakoplastyki zewnątrzopłucnowej, wreszcie przez skombinowanie obu sposobów, co w ostatnich czasach wykonywane jest tak, że najpierw robi się wyrwanie nerwu, a potem — po paru tygodniach — torakoplastykę.

Należy tu wspomnieć i o tem, że zaproponowane było i bywa stosowane wziernikowanie opłucny i przecinanie pod kontrolą wzroku zrostów galwanokauterem (Jakobaeus), aby przywrócić warunki odpowiednie dla odmy. W metodzie tej nie mam doświadczenia osobistego i na ogół jest ona mało stosowana.

Wyrwanie nerwu przeponowego jest zabiegiem drobnym, wykonalnym ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowem. Spowodowane przez unieruchomienie i mięsienie przepony, zmniejszenie pojemności klatki piersiowej jest bardzo znaczne, i wpływa korzystnie nie tylko na ogniska w dolnych odcinkach płuc, ale nawet na sprawy szczytowe. Wskazanie do tego zabiegu jest częstsze, niż do torakoplastyki, ponieważ nie stanowi przeciwskazania obecność zmian po stronie drugiej i chorzy łatwo się zgadzają na wykonanie.

W mojej klinice i przez moich asystentów poza kliniką wykonano tych zabiegów prawie 200. Wynik jednak nie jest kompletny i w większości przypadków do tego się nadających, a więc jednostronnych, zachodzi wskazanie do torakoplastyki. Torakoplastyka, w tej postaci, jak się ją obecnie stosuje, jest torakoplastyką zewnątrzopłucnową przykręgową. Z cięcia, biegnącego równolegle do kręgosłupa w odległości 6—8 cm. od linji wyrostków kolczastych, odsłania się żebra i wycina z nich podokostnowo kawałki możliwie największe 8—12 cm z każdego, razem 100—150 cm. Ze względu na rozmiary zabiegu dobrze jest rozłożyć go na dwa akty: w pierwszym wycina się żebra dolne, w drugim — po 3—6 tygodn. — górne. Ja wycinam zawsze również odcinek lub cały obwodowy kawałek żebra XII, by nie przeszkadzało ono zbliżeniu się przekrojów żebra XI i wyższych, przez co wynik się potęguje. Zapadnięcia płuca po takiej torakoplastyce, zwłaszcza poprzedzonej wyrwaniem nerwu przeponowego jest bardzo znaczne i wyniki tych zabiegów dają się skreślić, jako 30—40% wyleczeń i drugie tyle popraw, a przecież chodziło o chorych nie nadających się już do leczenia odmą. Zagranicą statystyki wykazują już serje po 300—400 przypadków — u nas ta sprawa jest dopiero w zaczątku.

4. Kol. Kaz. Dąbrowski wygłosił odczyt p. t. *„Pleuroskopja i jej znaczenie w klinice"*. (Streszczenie własne).

Prelegent w pierwszej części odczytu podał technikę pleuroskopji t. j. oglądania jamy opłucnej zapomocą wziernika Jacobaeusa (patrz Medycyna Warszawska 1930 r. Nr. 4.).

Druga część odczytu poświęcona była zastosowaniu praktycznemu pleuroskopji, a mianowicie przepalaniu zrostu w odmie sztucznej. Zabieg ten ma doniosłe znaczenie w przypadkach, gdy zrosty opłucnej uniemożliwiają ucisk jam gruźliczych w odmie sztucznej. Usunięcie tych zrostów zapomocą żegadła wpływa skutecznie na przebieg leczenia i doprowadza do pomyślnego wyniku odmę. Przyrządy potrzebne do wykonania tego zabiegu są następujące: 1) pleuroskop, 2) dwa trójgrańce i 3) żegadło proste lub krzywe, zakończone pętlą platynową o wyglądzie haczyka. Przyrządy powyższe należy przechowywać w naczyniu zamkniętem, zawierającem kilka pastylek formalinowych.

Na pół godziny przed zabiegiem choremu wstrzykuje się 0,01 pantoponu lub morfiny. Chorego układa się na boku zdrowym, na wałku ze zwiniętej mocno kołdry, dla rozszerzenia przestrzeni międzyżebrowych po stronie odmy. Wybór miejsca nakłucia dla wprowadzenia pleuroskopu zależy od umiejscowienia zrostów. Bywają one u wierzchołka płuca, na obwodzie i u podstawy, najczęściej jednak u wierzchołka. Badanie roentgenologiczne wykrywa umiejscowienie zrostów, długość ich i kierunek. Gdy zrosty są u wierzchołka, to pleuroskop wprowadza się od tyłu w 4-ej

lub 5-ej przestrzeni międzyżebrowej. Uprzednio skórę odkaża się jodyną, znieczula się ½% kokainą i nacina małym nożykiem. Po wykryciu pleuroskopem zrostu, nakłuwa się w odpowiedniem miejscu klatkę piersiową dla wprowadzenia żegadła, które winno być skierowane ku zrostom. Dokładne obejrzenie zrostu upoważnia do ich przepalenia. Zależnie od ilości i umiejscowienia zrostów zabieg trwa od pół do 2-ch godzin. Powikłania bywają następujące: rozedma podskórna lub śródpiersiowa, wysięk surowiczo-włóknikowy lub ropny, krwotok z przepalonego naczynia.

Prelegent przedstawił własne spostrzeżenia i odnośne roentgenogramy.

5) Kol. A. Wojciechowski, wygłosił odczyt p. t. „Kilka uwag o leczeniu gruźlicy chirurgicznej na wsi" (Streszczenie własne).

Sprawa leczenia gruźlicy kostnostawowej w Polsce jest szczególnie paląca, ze względu na jej częstość, brak odpowiednich urządzeń i ogólne zubożenie. Liczba chorych takich, skromnie liczona, wynosi conajmniej 50000, coby wymagało pokrycia całego kraju gęstą siecią odpowiednich zakładów leczniczych. Jednak, pomimo jednomyślnej uchwały w tym kierunku na XIX Zjeździe Chirurgów Polskich na wniosek doc. Łapińskiego, dotychczas bardzo niewiele zdziałano pod tym względem. Powagę sytuacji wzmaga okoliczność, że gruźlica kostnostawowa w 14% pozostawia po sobie kalectwo i niezdolność do pracy (Kosiński) oraz, że długotrwałość leczenia przekracza możność płatniczą szerszych warstw społecznych i uniemożliwia trzymanie chorego w szpitalu przez cały czas trwania leczenia. Z tych względów zwłaszcza u nas, wobec przewagi ludności wiejskiej nad miejską i bardzo częstej łączności i tej ostatniej ze wsią (krewni, znajomi) i wobec braku odpowiednich urzadzeń leczniczych, zwrócić należy większą uwagę na możliwość leczenia gruźlicy kostno-stawowej na wsi w warunkach domowych, możliwych do zastosowania nawet u ludności biednej. Podług obecnych zapatrywań gruźlica leczy się wszędzie a nie tylko w górach lub nad morzem. Dalej podaje W. szereg praktycznych uwag o leczeniu gruźlicy kostno-stawowej na wsi pod okresową kontrolą lekarską. Chodzi tu przedewszystkiem o zastosowanie leczenia prostego i nie wymagającego ciągłej opieki lekarskiej, a wykorzystanie wszystkich zalet pobytu na wsi. W najogólniejszych zarysach doradza W. unieruchomienie zapomocą gipsu lub gipsu z wysiągiem, omawia obszerniej tryb życia chorego, jego ułożenie, zajęcia, pożywienie, kształcenie ogólne i zawodowe, stosowanie leków (jod i wapno metodą Finikowa, tran itd.) oraz szczegółowo omawia technikę stosowania heljoterapji w naszym klimacie i powyższych warunkach podkreślając, że i u nas można korzystać ze słońca cały rok i w większym zakresie niż się powszechnie przypuszcza. Przeprowadzenie ścisłe w ciągu kilku lat takiego leczenia w sferach mniej majętnych i w miejscach gdzie niema blizko lekarza jest możliwe tylko przy pomocy odpowiednio przygotowanych pielęgniarek-wizytatorek, odwiedzających chorego 1—2 razy w tygodniu; wtedy wystarczy jeżeli lekarz zależnie od przypadku sprawdzi stan rzeczy i postępy leczenia raz na miesiąc lub nawet rzadziej. Toby się dało osiągnąć nawet już obecnie w większej części kraju, jedynie na przeszkodzie stoi brak uświadomienia ludności, brak odpowiednio wykształconych pielęgniarek rozjazdowych i wreszcie małe obeznanie się z praktyczną stroną leczenia zachowawczego gruźlicy kostnostawowej wśród większości lekarzy prowincjonalnych ogólnych praktyków. Jednak przeprowadzenie na szerszą skalę wyżej naszkicowanego planu byłoby względnie niekosztowne i możliwe do szybkiego urzeczywistnienia przy odpowiedniej pomocy i propagandzie Związku Przeciwgruźliczego. System ten pozwoliłby w szybszem tempie opanować gruźlicę kostną, aniżeli czekanie na budowę, nie dla wszystkich dostępnych, sanatorjów, pomniejszyłby liczbę kalek i nieszczęśliwych, odciążyłby już istniejące zakłady lecznicze, których działalność powinna była być zarezerwowana dla leczenia przypadków najcięższych lub wykonywania ew. zabiegów operacyjnych, a przedewszystkiem skierowana na kształcenie lekarzy i personelu pomocniczego do walki z gruźlicą chirurgiczną i na poradnie lekarsko zawodowe, w którychby wyleczony gruźlik pod kontrolą zakładu kształcił się w rzemiośle lub zajęciu, szczególnie dla niego ze względu na pozostałe po gruźlicy zmiany, odpowiedniem. Na czele takich poradni stać powinni lekarze obznajomieni z chirurgją kostną i ortopedją i muszą mieć do pomocy odpowiedni personel nauczycielski.

6) *Dyskusja.*

Kol. Kryński. Leczenie chirurgiczne opiera się na zasadzie głoszonej jeszcze przez Hippokratesa, iż choremu narządowi należy dać warunki spokoju. Dążenie to wyraża się przez 3 główne metody postępowania: odma, torakoplastyka i frenicektomja. Uwzględniwszy potrzebę indywidualizowania chorych, najlepsze wyniki osiągnąć możemy przez leczenie skombinowane. Przepalanie zrostów może wtedy się udać, kiedy mają one postać pasemek lub fałdów; najczęstszą jednak postacią zrostów są zrosty powierzchniowe, których przepalanie jest niebezpieczne ze względu na możliwość krwotoku. Jedną z częstszych przyczyn krwotoków jest wadliwe przekłuwanie przestrzeni międzyżebrowych (dolny brzeg żebra zamiast górnego). Mówca uważa za zbędne wycinanie przy torakoplastyce XII żebra. Do osiągnięcia dobrych wyników leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc niezbędna jest współpraca internistów z chirurgami.

Kol. S. Rudzki (Streszczenie własne). Podkreśla doniosłe znaczenie postawienia na porządku dziennym w najpoważniejszem polskiem Tow Lekarskiem sprawy leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc.

Osobiście od 6 lat gorąco propaguje w odczytach, wygłaszanych w Sekcji Sanit. Tow. Wiedzy Wojskowej (Tow. lek. Wojskowych) i w innych Towarzystwach lekarskich, konieczność włączenia chirurgicznych zabiegów do repertuaru leczenia gruźlicy płuc. Jak dotąd jednak, poza kliniką krakowską, gdzie prof. Rutkowski zdobył znaczne doświadczenie osobiste w stosowaniu torakoplastyki, większość chirurgów naszych mało interesowała się tą dziedziną. Dzięki temu chorzy, u których były wskazania do poważniejszych zabiegów chirurgicznych w gruźlicy płuc, szukali pomocy przeważnie zagranicą.

Przechodząc do oceny własnych przypadków, kol. Rudzki stwierdza, że obecnie już nie tylko odma sztuczna, lecz i wyrwanie nerwu przeponowego staje się zabiegiem do pewnego stopnia banalnym i bywa stosowane u nas w Warszawie coraz częściej. Mnożą się również przypadki oleotoraksji.

Natomiast znacznie rzadsze są wskazania do przepalania zrostów opłucnowych i do torakoplastyki.

Zrosty, ujawnianie przy leczeniu odmą w większości przypadków same stopniowo rozluźniają się i rozrywają pod wpływem ciśnienia wprowadzonego powietrza i ze sztucznem przepalaniem ich zawsze lepiej zaczekać przynajmniej przez pierwszych kilka miesięcy dopełnienia odmy.

Zabieg bowiem Jacobaeusa niewątpliwie należy do poważnych i często wywołuje groźne powikłania, a nawet spowodować może śmierć. Poza tem jest to rękoczyn, wymagający dużego osobistego doświadczenia lekarza, który się go podejmuje.

Z własnych przypadków kol. Rudzki zakwalifikował do torakoplastyki około 30 pacjentów gruźliczych. Z tych chorych — po szczegółowej obserwacji w różnych klinikach i sanatorjach zagranicznych — zaledwo 2/3 przypadków zostało poddanych zabiegowi. Efekt u kilku chorych był nadzwyczaj pomyślny i uciśnięcie jam, dotąd nieosiągalne, było zupełne; w innych przypadkach wyniki były mniej efektowne.

Co do torakoplastyki kol. Rudzki — poza licznemi przypadkami widzianemi w Krakowie oraz w różnych sanatorjach zagranicznych (Danja, Szwajcarja, Francja, Włochy, Niemcy), spostrzegał osobiście kilkunastu chorych, którzy bądź to już uprzednio mieli stosowany ten zabieg, bądź byli przezeń skierowani na tę operację. Śmiertelność u tych — zresztą samo przez się bardzo ciężkich przypadkach — wyniosła około 50%. Efekt pooperacyjny w kilku własnych przypadkach był doskonały i chorzy już 2 do 4-ch lat są zupełnie zdolni do pracy i mogą być uważani za klinicznie wyleczonych.

Chorzy ci operowani byli w 2 przypadkach w kraju, poza tem zagranicą (Francja, Niemcy, Szwajcarja).

Według obliczenia autora, do torakoplastyki nadaje się najwyżej 1% chorych gruźliczych.

Uważając dzisiejsze odczyty w Tow. Lek. Warsz. za znamienny zwrot w poglądach na leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc u nas, kol. Rudzki sądzi, że obowiązkiem wszystkich naszych ftizjologów jest dopomódz kolegom polskim do zdobycia i w tej dziedzinie jak największego osobistego doświadczenia, wobec czego nawołuje do skierowywania odpowiednich przypadków do tych klinik, sanatorjów i szpitali naszych, w których, jak się dowiadujemy, zaczęto stosować powyższe zabiegi chirugiczne w leczeniu gruźlicy płuc.

Kol. B. Sawicki, krytykuje stosowanie wyciągu w warunkach domowych. Wyciąg wymaga stałej, wykwalifikowanej pielęgniarki.

Należy stworzyć chociażby jeden zakład, któryby się stał centralną szkołą postępowania przy gruźlicy chirurgicznej dla całego kraju. Takie uzdrowisko szkoliłoby lekarzy i pielęgniarki, którzy rozchodząc się po kraju stanowiliby materjał wyrobiony, mogący szkolić nowe zastępy pracowników. Przy większej ilości wyszkolonego personelu lekarskiego, łatwiej możnaby przeprowadzić tresurę chorych, dla których pobyt w zakładzie w ostrym okresie

choroby jest niezbędny. Na wieś można puszczać chorych w odpowiednio zbudowanym aparacie. W związku z tem należy zorganizować wytwarzanie tanich aparatów ortopedycznych, których nabycie w obecnych warunkach jest w przeważnej ilości przypadków niemożliwe, z powodu nadmiernie wysokich cen.

Kol. K. Dabrowski (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem profesora Z. Radlińskiego, Kazimierz Dąbrowski podaje, iż wyrwanie nerwu przeponowego dokonano na jego oddziale w 84 przypadkach, a mianowicie w 75 — gruźlicy płuc, 9 przypadkach rozstrzeni oskrzeli. Co się tyczy gruźlicy płuc to według przeprowadzonych wywiadów w połowie przypadków otrzymano poprawę, natomiast w rozstrzeni oskrzeli samo wyrwanie nerwu przeponowego jest nie wystarczające i winno być uzupełnione wycięciem żeber w odpowiedniej okolicy.

Kol. Szczepański. Przy leczeniu gruźlicy płuc zapomocą unieruchomienia uchodziła dawniej odma za wskazaną na pierwszem miejscu. Dziś stosujemy najpierw wyrwanie nerwu przeponowego, wpływ tego zabiegu może być tak korzystny, że wykonywanie odmy może się okazać zbędnem. Freniecktomię powinien robić internista sam (mówca wykonuje ją własnoręcznie): byłoby również pożądanem aby internista robił sam torakoplastykę. Przyczyną rzadkiego wykonywania tego ostatniego zabiegu jest w znacznej mierze trudność w uzyskaniu zgody ze strony pacjenta. Mówca, mimo, iż wielokrotnie wykonywał torakoplastykę nie odważał się nigdy przepalać zrostów, gdyż rzadko widział zrosty nadające się do tego zabiegu. Przy obustronnej gruźlicy płuc mówca stosuje zakładanie plastrów unieruchamiających na stronę bardziej chorą i otrzymuje bardzo dobre wyniki.

Kol. W. Orłowski. Jeżeli chirurdzy mają stosunkowo mało przypadków do chirurgicznego leczenia gruźlicy, to najważniejszą tego przyczyną jest trudność w wyborze chorych. Chory zakwalifikowany do torakoplastyki musi posiadać zmiany gruźlicze jednostronne, włókniste, serce jego musi być sprawne, odżywienie musi być dobre, a śródpiersie niezbyt podatne. Takich chorych, nadających się do torakoplastyki, którym ani odma ani wyrwanie nerwu przeponowego nie pomogło, jest niewielu, a jeśli się znajdą, to trudno ich jest nakłonić do operacji. Gdy się już na zabieg zgadza, to jedzie do Wiednia i nie da sobie wytłumaczyć, że i w Polsce można ten zabieg wykonać. Gdy zwiększy się liczba sanatorjów, to trudność w wynajdywaniu przypadków do torakoplastyki się zmniejszy; w klinikach i oddziałach szpitalnych o odpowiedni materjał jest trudno. Na wyrwanie nerwu przeponowego mówca patrzy, jako na wstęp do torakoplastyki.

Kol. Z. Radliński podkreśla, iż wpływ wycięcia XII żebra na zmniejszenie pojemności klatki piersiowej, jest wydatny. Wyraża życzenie, aby słowo „gruźlik" znikło z języka lekarskiego; należy mówić „chory na gruźlicę".

Kol. A. Wojciechowski stwierdza, iż prof. Sawicki uwydatnił jego myśl przewodnią. Powinno być kilka zakładów szkolących personel lekarski: chory po wypisaniu winien pozostawać pod stałą kontrolą lekarską.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia w dniu 7 maja 1930 r.

1) Kol. Justman przedstawił 18-letniego M. A. B., przybyłego na oddział Dra B. Frenkla 31. III. 30 r. Zachorował rok temu na czkawkę, do której przyłączyły się wymioty. Objawy te przeszły w czerwcu 1929 r. W grudniu tegoż roku zachorował na grypę z wysoką gorączką, trwającą 3 tygodnie, poczem dostał krwotoku ustami bardzo obfitego, po którym wystąpił kaszel z plwociną krwawą; po dwu tygodniach ponowiły się krwotoki mniej obfite przez 3 dni, poczem kaszel z plwociną ustaje, i B. przez 4 tygodnie był zdrów. W połowie lutego r. b. zaczął wymiotować po jedzeniu i po piciu. Po kilkakrotnem wypłukaniu żołądka wymioty ustały, lecz dostał bólów w całem ciele, duszenia w gardle, mówił, że sufit spadnie mu na głowę, że mu palą pod pierzyną, że go chcą zarżnąć, zastrzelić, mózg mu przewrócić łyżką Po kilku dniach oświadczył, że musi jeść i być zdrowym, zjadł i zaraz wymiotował. Lekarzowi oświadczył, że jak mu nie będzie lepiej, to sam sobie da radę i podbiegł do okna w zamiarze wyskoczenia. Po proszkach wszystko ustało i stał się normalnym. Dziesięć dni przed przyjęciem do szpitala powiedział, że go dusi w gardle, dostał dreszczy i zaczął mówić od rzeczy. T^0-ra była podniesiona, nie spał, nie jadł, połykał z widocznym trudem.

Dawniej był zdrów, nie palił, nie pił wyskoku, chorób wenerycznych nie przechodził. Ojciec i rodzeństwo zdrowi, matka zmarła na raka 11 lat temu. Chorób umysłowych w rodzinie nie było.

St. pr. Miernie odżywiony, wątły, ślini się mocno. Twarz mało ruchoma. Narzady wewnętrzne zmian widocznych nie wykazują. Źrenica prawa nieco szersza, na światło oddziałuje nieszczególnie. Odruchy kolanowe żywe. Brak ruchów towarzyszących kończyn górnych podczas chodu. Niespokojny, mówi dużo bez sensu, ruchy lekarza śledzi z obawą, na widok szpilki odpycha lekarza gwałtownie, a na twarzy maluje się przerażenie. Pokarmów stałych nie przyjmuje, tylko płyny. Zastosowano cylotropinę dożylnie, a na noc skopolaminę. Stopniowo chory zaczął się uspokajać, ciepłota spadła do normy. 8. kwietnia pacjent odpowiadał rozsądnie cichym głosem, sam nie mówił. Badanie moczu zmian nie wykryło, we krwi stwierdzono hemoglobiny 100%, krwinek czerwonych 5650000, białych 11600; eozynochłonnych 5%, bazofilów 2%, neutrofilów 53%, limfocytów 31% i monocytów 9%. Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. W płynie mózgowo-rdzeniowym białka 0,8‰, Pandy ledwie zaznaczony, Nonne-Apelt ujemny, pleocytoza 5 w 1 mm^3. Pomimo ogólnej poprawy tętno było wciąż jeszcze przyśpieszone. W początku 3-ciej dekady stwierdzono narastający negatywizm: przestał odpowiadać na pytania, nie wykonywał poleceń, odmawiał przyjmowania pokarmów, stawiał czynny opór, jeśli go się chciało skłonić do czego. Po zastosowaniu siarki stał się przystępniejszy, odpowiadał cicho na pytania, naogół jednak wobec lekarza był znacznie więcej pohamowany, niż poza jego obecnością. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało w prawej okolicy podobojczykowej na wysokości III żebra konglomerat plamistych cieni, łączących się z górnym biegunem wnęki, której cień jest powiększony i zagęszczony. Miąższ lewego płuca bez zmian widocznych. Przepona obustronnie ruchoma.

Epicrisis. Chory zapadł przed rokiem na zapalenie mózgowia z uporczywą czkawką i zmianami następczemi: wzmożonem ślinieniem, maskowatością twarzy, rozszerzeniem i leniwem oddziaływaniem na światło źrenicy prawej. Zmiany te nie wystąpiły jednakże bezpośrednio po pierwotnej chorobie, gdyż od czerwca do grudnia r. z. t. j. pół roku trwał okres zdrowia. Przez grudzień r. z. i połowę stycznia chorował na grypę z wysoką gorączką i kilkakrotnemi krwotokami płucnemi. Pomimo, iż odczyn Biernackiego wynosi 85', skłonni jesteśmy wyłączyć gruźlicę, opierając się na absolutnym braku kaszlu i plwociny braku stłumienia i objawów wysłuchowych. Wynik prześwietlenia również nie przemawia za gruźlicą, gdyż niema śladu złośliwości właściwej zmianom gruźliczym, umiejscowionym pod obojczykiem. Dlatego też gdy u chorego po pewnej poprawie w stanie psychicznym wystąpił wybitny negatywizm, właściwy, początkowym okresem schizofrenji, zdecydowaliśmy się na zastosowanie siarki bez obawy uczynnienia nie istniejącej podług nas sprawy gruźliczej. Po dwóch zastrzykach siarki negatywizm wyraźnie się zmniejszył. Ponieważ przed obecną chorobą B. żadnych anomalji psychicznych nie wykazywał, ani nikt z bliższej i dalszej rodziny na żadną chorobę umysłową nie chorował, przeto można uważać rozwijającą się u B. schizofrenję za dalsze następstwo przebytego rok temu zapalenia mózgowia, które pod wpływem grypy uległo ponownemu obostrzeniu na co wskazywały ciepłota podgorączkowa i wyraźniej występujące objawy parkinsonizmu. (Autoreferat).

2) Kol. Justman przedstawił chorego W. Ł. lat 34, przyjętego na oddział Dra B. Frenkla 15. I. 1930 r. 3 lata temu Ł. poczuł „strzykanie" w stawach kończyn dolnych, które po roku przeszło w kończynie prawej, pozostało w lewej. Od 1$^3/_4$ roku bóle i uczucie ciężaru pomiędzy łopatkami oraz słabość kończyn dolnych, więcej lewej. Zaburzeń w oddawaniu stolca ani moczu nie było. Nie pije, pali 11 lat do 25 papierosów dziennie chorobę weneryczne negat. Żona i dziecko zdrowe, jedno umarło, jedno poronienie po dźwignięciu ciężkiego kamienia. Szczupły o wyraźnej lordozie piersiowej części kręgosłupa i lekkiej skoljozie prawostronnej. Wyrostki kolczaste VI kręgu piersiowego do ostatniego lędźwiowego lekko tkliwe przy uderzaniu. Oczoplas wybitny przy patrzeniu w prawo, lekki przy patrzeniu w lewo. Odruchów brzusznych brak, nosidłowy lewy słabszy od prawego normalnego, podeszwowy prawy słaby, lewego brak kolanowe i Achillesowe wzmożone, szczególniej lewe. Objawu Babińskiego brak, objaw Rossolimo lewostronny. Niedowład kończyn dolnych, lekki prawej, wyraźny lewej. Przy oczach zamkniętych chwieje się w prawo. Prawa połowa języka cieńsza znacznie, pokryta podłużnemi bróżdami, stałe drżenie włókienkowe w tej połowie. Wysunięty z ust język zbacza lekko swym koniuszkiem w prawo. Badanie prądem galwanicznym wykazało osłabienie pobudliwości prawej połowy

języka bez odwrócenia formuły, sam zaś skurcz prawej połowy języka nieco mniej szybki, niż lewej. Badanie moczu, krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało stosunki normalne, szczególniej zaś odczyn Wassermanna wypadł ujemnie.

W przypadku tym poza zwykłym zespołem objawów stwardnienia wieloogniskowego stwierdzamy objaw rzadko spotykany: zanik prawej $^1/_2$ języka zależny od schorzenia neuronu obwodowego. Wiadomo, iż w stwardnieniu wieloogniskowem znajduje się ogniska chorobowe nietylko w istocie białej, lecz również chociaż rzadziej w istocie szarej. Cechą charakterystyczną tych ognisk jest uszkodzenie włókien nerwowych, przyczem otoczka myelinowa ulega rozpadowi i wessaniu, a same cylindry osiowe względnie komórki nerwowe względnie długo opierają się szkodliwym wpływom cierpienia i zachowują po części swą czynność. Tem objaśnia się fakt, iż w przypadkach uszkodzeń jąder ruchowych stwierdzamy wprawdzie mniejszy lub większy zanik mięśnia odnośnego oraz osłabienie jego pobudliwości elektrycznej, lecz brak odczynu zwyrodnienia, nieuniknionego w razie zaniku komórek nerwowych.

W danym przypadku współistnienie porażenia zanikowego prawej $^1/_2$ języka ze znaczniejszym niedowładem kończyny dolnej lewej daje t. zw. zespół Jacksona, zależy od umiejscowienia ogniska w opuszce pomiędzy jądrem prawego nerwu podjęzykowego a piramidą prawą. (Autoreferat).

3) Kol. Dynkiewicz przedstawia przypadek kiły mostu. Chory przybył na oddział neurologiczny Dra B. Frenkla dn. 19. III. 1930 r. 4-ry tygodnie przed przybyciem do szpitala pacjent po zdenerwowaniu stracił przytomność na kilka minut. Po odzyskaniu jej poczuł zdrętwienie prawej połowy ciała, które trwało kilka godzin. Osłabiony, leżał w ciągu dnia w łóżku. W nocy był telefon, ale chory nie mógł dojść do aparatu chociaż wyraźnie słyszał dzwonek. Nazajutrz miał bóle głowy. 3 tygodnie czuł się zupełnie dobrze. 17. III. r. b. miał poważne zmartwienie. Wrócił zdenerwowany o godz. 10-ej wiecz. do domu, gdzie znowu wystąpiło mrowienie prawej połowy ciała. Położył się spać. W nocy źle się czuł, zszedł z łóżka, aby się udać do sąsiedniego pokoju, ale przy drzwiach upadł i stracił przytomność. Zawezwany lekarz stwierdził niedowład połowiczy prawostronny z zaburzeniami mowy. Dnia 19. III. r. b. stwierdzono w szpitalu: prawa źrenica o kształcie jajowatym; obie reagują na światło sprawnie; prawy fałd nosowo-wargowy płytszy. Zbaczanie języka przy wysuwaniu w stronę prawą. Mowa niezrozumiała. Płaczliwość. Wiotkie porażenie prawych kończyn z przewagą górnej z prawostr. Babińskim bez zaburzeń czucia. Zastrzyk Bismogenolu domięśniowo oraz 0,15 Neo. 20. III. r. b. Nazajutrz nie mówi wcale. Podczas picia płyn wylewa się ustami i nosem. Kompletna hemiplegia prawostronna. Badanie gardła i krtani zmian nie wykazało. Po stronie lewej tendencja do Babińskiego. Nakłucie lędźwiowe.

21. III. r. b. Wygładzenie obu fałdów nosowo-gardłowych. Bezruch języka. Nie mówi. Wiotkie porażenie wszystkich 4 kończyn z obustronnym Babińskim, bez zaburzeń czucia. Zatrzymanie moczu i kału. Bardzo źle łyka. Zachłyśnięcie. Badanie płynu wykazało: Pandy dodatni; Nonne-Apelt słabo dodatni, białko 0,83‰, pleocytoza 90 ciałek w 1 mm^3. Wa we krwi i płynie (++++). Pod wpływem leczenia swoistego (5,5 g Neo, 12 zastrzyków Bi oraz 8 zastrzyków jodu) stan się znacznie poprawił. *Status praesens* jest następujący: prawy fałd nosowo-wargowy jest nieco płytszy. Ruchy języka we wszystkich kierunkach prawidłowe. Mowa rozwlekła, monotonna, przerywana skutkiem braku tchu. Brak zaburzeń w łykaniu. Ruchy bierne i czynne wszystkich kończyn zachowane. Osłabienie siły mięśniowej wszystkich kończyn z przewagą po stronie prawej. Zaburzeń czucia brak. Odruchy na kończynach górnych zachowane z obustronnym Jacobsonem i Sterlingiem. Zniesienie brzusznych. Odruchy na kończynach dolnych zachowane. Obustronny Babiński i Rossolimo. Chód zlekka spastyczny, chwiejny. Kol. Dynkiewicz podkreśla kolejność występowania objawów, a więc przemijające drętwienie prawej połowy ciała, następnie niedowład połowiczy prawostronny ze zbaczaniem języka, później bezwład prawostronny, wreszcie porażenie wszystkich kończyn z bezruchem języka i zaburzeniami w łykaniu. Kol. Dynkiewicz analizując przebieg kliniczny powyższego przypadku, umiejscawia ognisko chorobowe w moście (środkowa trzecia część) powyżej miejsca wyjścia n. twarzowego, przytem ognisko to, posuwając się ze strony lewej w prawą, dotknęło na tym poziomie szlaki piramidowe (ośrodkowe szlaki ruchowe dla mięśni tułowia i kończyn) i najadrowe szlaki ruchowe n. błędnego, twarzowego i podjęzykowego dla mięśni gardła, dolnej części twarzy i języka.

4) Kol. Dynkiewicz, nawiązując do przypadku, przedstawionego przez kol. Justmana, demonstruje 2 przypadki stwardnienia rozsianego, gdzie obok ośrodkowego neuronu ruchowego został również zajęty obwodowy neuron ruchowy. W pierwszym przypadku stwierdza się niedowład spastyczny kończyn dolnych z obustr. Rossolimo, zniesieniem odruchów brzusznych, lewostronnymi objawami Laségu'a i Mackiewicza jak również zanikami mięśniowemi po tejże stronie (różnica wynosi 3 cm na udzie). Wa we krwi i płynie wypadł ujemny. Pleocytozy brak.

W drugim przypadku stwierdza się spastyczny niedowład kończyn dolnych z obustronnym Babińskim i Rossolimo i zniesieniem odruchów brzusznych, obok tego niedowład n. twarzowego lewego typu obwodowego.

5) Kol. Neumark wygłosił odczyt *O chorobie Fox-Fordyce'a z pokazem chorych i preparatów histologicznych.* Na podstawie 3 własnych przypadków choroby Fox-Fordyce'a (u kobiet) prelegent w krótkim i treściwym wykładzie omówił charakterystyczny obraz tego dość rzadkiego cierpienia skóry z punktu widzenia klinicznego, histologicznego, patogenetycznego i terapeutycznego w związku z badaniami Schiefferdecker'a i in. autorów o gruczołach apokrinalnych, posiłkując się przytem projekcją fotografji i preparatów histologicznych.

Prelegent zaznacza, iż nic się nie zyskuje w kierunku wyjaśnienia patogenezy choroby Fox-Fordyce'a podporządkując to cierpienie pod grupę neurodermitis, czyli przewlekłego zliszajowacenia skóry. Umiejscowienie objawów choroby Fox-Fordyce'a wyłącznie w miejscach, w których znajdują się gruczoły apokrynalne, obraz histologiczny wykazujący zmiany patologiczne umiejscowione dokoła przewodów tych gruczołów oraz ich ujść na powierzchnię skóry, ustalony związek pomiędzy występowaniem zmian chorobowych skóry a zaburzeniami czynnościowemi gruczołów płciowych i tarczycy, odporność zmian chorobowych skóry na leczenie promieniami Roentgena — cały szereg tego rodzaju danych przemawia za tem, iż choroba Fox-Fordyce'a przedstawia pewną zupełnie oddzielną jednostkę chorobową skóry.

Że zaburzenia czynnościowe gruczołu tarczycowego odgrywają pewną rolę w powstawaniu choroby Fox-Fordyce'a świadczą za tem również spostrzeżenia prelegenta, który u 2-ch chorych stwierdził objawy nadczynności tarczycy. Ze względu na to, iż choroba F.-F. jest nader odporna na wszelkie zabiegi lecznicze, podkreśla prelegent dobry wpływ leczenia insuliną w jednym przypadku choroby Fox-Fordyce'a w kierunku nietylko znacznego zmniejszenia świądu, lecz i objektywnej poprawy. Jest to tem bardziej ciekawe, gdyż kilkakrotne określenie krzywej glikemicznej zapomocą obciążenia 25 g glukozy naczczo wedle metody Maranona wykazało doskonałą sprawność czynnościową wysepek Langerhansa; należy jednak zaznaczyć istnienie u tej chorej objawów lekkiej nadczynności tarczycy.

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*

SPRAWY ZAWODOWE.

H. HIGIER. Warszawa.

W sprawie oszczędnego a racjonalnego przepisywania lekarstw.
(Uwagi dyskusyjne).

Kol. S. Krajewski, poruszając w jednym z ostatnich numerów P. Gaz. L. sprawę nauczania ekonomicznego sposobu przepisywania recept, wyraża życzenie, aby się i inni koledzy wypowiedzieli w tej materji. Czynię zadość szanownemu autorowi tem chętniej, że wracam właściwie do kwestji, przezemnie obszernie przed 5 laty w Warsz. Czasop. Lek. poruszonej w artykule pod powyższym tytułem.

Sprawa ta — pisałem wówczas — u nas leży dotąd prawie zupełnie odłogiem, w każdym razie ogół lekarzy obojętnie koło niej przechodzi, koło kwestji, która u nas o wiele gorzej stoi niż u naszych sąsiadów zachodnich, a ci, stanowiąc poniekąd kolebkę Kas Ubezpieczeniowych dla chorych, wobec panującej nędzy gospodarczej uważali za stosowne zaalarmować lekarzy, aby w gronie praktyków i teoretyków wspólnie z Radą Państwową Zdrowia Publicznego przedyskutować rzecz całą i uchwalić wnioski odnośne.

Dowodziłem również, że nie do nas lekarzy należy dbać o to:

1) aby środki lekarskie były tańsze,

2) aby cło od niezbędnych zagranicznych środków leczniczych było niskie

3) aby droga od producenta przez pośredników do aptekarza lub konsumenta nie była zbyt odległa i kosztowna,

4) aby apteczna *taxa laborum* uległa redukcji,

5) aby hurtownik nie zdzierał skóry z aptekarza, a aptekarz z ubogiego pacjenta,

6) aby władze akcyzowe nie sprzedawały alkoholu drożej aptekarzom i lekarzom niż perfumiarzom.

Są to wszystko anomalje, nad któremi my lekarze ubolewamy, ale nie w naszych rękach leży ich usunięcie. Ale w rękach lekarzy, zarówno prywatnych jak szpitalnych, zarówno kasowych jak kolejowych, leży ustalenie normy, która pozwala nietylko zamienić lek droższy przez tańszy, ale też zmodyfikować *modus praescribendi*, sposób ordynowania leku w ten sposób, aby Zarząd Kolei, Kasa Chorych, Magistrat, Szpital Powiatowy i Bractwo Dobroczynne, wreszcie prywatny, a mniej zamożny chory nie ponosił krzywdy przy leczeniu, aby był oszczędnie, a mimo to sumiennie i racjonalnie obsługiwany. Pod leczeniem „oszczędnem" rozumieć należy zastosowanie z pośród wszystkich dostępnych metod zapobiegawczych, kojących i leczniczych takiej metody, nb. naukowo uzasadnionej, która, przy uwzględnieniu fizycznych i psychicznych, społecznych i zawodowych właściwości chorego, usuwa cierpienie i niezdolność do pracy najgruntowniej, najprędzej i najtaniej. Z tej definicji, przyjętej poniekąd przez niemiecką *Arzneimittelkommission*, nie wypływa bynajmniej, ażeby pomoc dla chorego miała przez to być mniej wartościowa.

Oczywista, że nie tylko środki farmaceutyczne wyczerpują zasoby materjalne chorego, ale i liczne inne środki lecznicze, jak metody dyetetyczne, odżywcze, klimatyczne, balneologiczne, elektrofizykalne i t. p. Ale ja w tem miejscu zamierzam mówić wyłącznie lub przeważnie o farmaceutycznych.

* * *

Zbieram od dłuższego czasu jako amator curiosów w terapji swojskiej ciekawe z tego stanowiska przepisy lecznicze i recepty aptekarskie naszych polypragmatyków, nie tylko wśród wielkich profesorów i docentów, ale też wśród maluczkich wolnopraktykujących lekarzy, wielkomiejskich i prowincjonalnych.

Przekonałem się, że *in praxi aurea* szastać drogimi specyfikami, złoconemi pigułkami, wonnemi granułkami, najnowszemi artykułami rynku aptecznego, potrafi lekarz młody i stary. To też nie dziwię się, iż w swej ciekawej kolekcji mam neurotyków z pospolitą nerwicą serca lub ordynarną nerwicą żołądka, których przeciętny przepis profesora zawiera obok papaweryny i koraminy, theacylonu i werodigenu trochę didialu, nieco weramonu i szczyptę chinophytiny i eufytiny.

Tak się dzieje w bogatej stolicy, w stolicy — rozumuję sobie w swej naiwności, — zbytnio zdemoralizowanej rozrzutnością powojenną.

Ale bynajmniej nie lepiej się rzecz ma gdzieindziej, nawet na głuchej prowincji, naśladującej główne miasta, ośrodki wiedzy.

Cui bono — zapytuję siebie, studjując zabrudzoną receptę z Baranowicz — zwykła histeryczka, bufetowa małomiasteczkowa ubogiej karczmy chłopskiej na Kresach, *patiens pauperrima*, której rozumne słowo suggestyjne lekarza nieraz wystarcza, ma otrzymać na swoje uczucie ściskania w gardle i czkawkę receptę aż z *bromuralu, uricedyny, urotropiny, validolu, trae adonis vernalis, dioniny i gelsemii sempervirentis*, dziwne *mixtum compositum* ze starej i nowej farmakologji, tworzące zapewne smołkę, pełną rażących błędów farmaceutycznych, którą aptekarz niewątpliwie godzinami filtrował niejednokrotnie i bezskutecznie.

Posiadam też z pół tuzina recept znanego praktyka biednej mieściny żydowskiej b. Kongresówki, szafującego przy sprawach bólowych maściami, a wyjątkowo w której nie uczestniczy jednocześnie: *chloroform, menthol, chloral, spiritus formicarum, spiritus sinapis, methylium salicylum, kokaina, jodvasogen, tinctura opii i weratryna*.

Zastanawiałem się niejednokrotnie, czy ów lekarz wierzy, iż mieszanka z 10-ciu środków lepiej działa od recepty z 3 ingredjencji, czy też ulega on bezkrytycznemu żądaniu pacjenta, czy wreszcie długiem pisaniem imponuje choremu analfabecie, okolicznym, mniej uczonym kolegom, miejscowemu, a zazdrosnemu felczerowi i czy wreszcie ów praktyk przeświadczony jest o działaniu przeciwbólowem dodanych do maści *externe* kokainy i makowca, minimalnie lub wcale nie wsysających się przez naskórek.

A wszak naraża on jednocześnie biedaka lub też biedną prowincjonalną Kasę na duże wydatki, a siebie na półgodzinne pisanie kilku wielkich rozmiarów recept wewnętrznych i zewnętrznych, a aptekarza nietylko na przymusowe odczytywanie i obowiązkowe dwukrotne skopjowanie ich, ale też na ciężką, często karkołomną i technicznie niewykonalną pracę mechaniczną.

Jeśli dodamy, że specyfiki, opatentowane i nieopatentowane, im droższe i nowsze, tem częściej i obficiej królują na warsztacie lekarza-praktyka, i że przepisywanie kilku recept jednocześnie stało się poniekąd biblją i kanonem w praktyce, jak nieprzymierzając przestrzykiwanie żył, to zrozumiemy, jak wygląda gospodarka w drobnem państwie receptury nowoczesnej, gospodarka, przypominająca błogie czasy Moliera, sarkastycznie przezeń wyśmiewane i biczowane, czasy heroicznych kuracyj z codziennym krwiopustem, środkiem potopędnym, przeczyszczającym, wykrztuśnym i wymiotnym zarazem.

A więc szastać skarbcem z *pharmacopoea elegans* potrafi u nas każdy, korzystać umiejętnie z *pharmacopoea oeconomica* umie tylko pewna garstka, a przystosować się do *receptura pauperum*, co umieli znakomicie dawni mistrze, dawne gwiazdy klinik europejskich (Trousseau, Charcot, Pirogoff, Romberg, Nothnagel, Traube, Chałubiński), zdoła tylko niewielu wybranych.

Przytoczyłem w swoim czasie co do strony ekonomicznej kilka drobnych przykładów, które potrafią rozbroić niejednego oponenta z zasady, o ile tylko logicznie rozumować chce. Dowodziłem n. p., biorąc za podstawę najnowszą *pharmacopoea germanica*, najbardziej precyzyjną i ekonomicznie ułożoną, że:

	kosztuje
1. *Extractum filicis maris* 4,0	0,80
Taż ilość w specyfiku *Tritil* (4-krotne)	3,00
2. *Oleum Chenopodii anthelminthicum* 10,0	0,45
Taż ilość w specyfiku *Oxural* (11-krotne)	5,05
3. Jeden gram żelaza w pigułkach z *Ferrum reductum*	0,25
Jeden gram żelaza w specyfiku *Hematogen* (18-krotne)	4,10
Jeden gram żelaza w specyfiku *Perdynamin* (160-krotne)	40,50
4. Jeden miligram kwasu arsenowego w *Liquor Ziemsseni*	0,10
Jeden miligram kwasu arsenowego w *Liquor Fowleri* (10-krotne)	1,00
Jeden miligram kwasu arsenowego w specyfiku *Arsenferratosis* (350-krotne)	35,30
5. 10 g fenacetyny w proszkach	0,30
Taż ilość w tabletkach (3-krotne)	0,80
6. 10 g acidi acetosalicylici	0,20
Taż ilość pod nazwą aspiryny (7-krotne)	1,45

Z tych kilku drobnych przykładów, biorących pod uwagę częściej stosowane środki, widać jasno, jak dalece budżet apteczno-lekarski każdej instytucji leczniczej znajduje się jedynie i wyłącznie w rękach lekarzy.

Przyznam się, że jako przewodniczący pewnej instytucji leczniczej filantropijnej walczyłem i walczę długie lata — często bezskutecznie — z setką lekarzy. Poważny procent ordynujących tamże szafuje nieświadomie a lekkomyślnie groszem publicznym ofiarodawców, przepisując zamiast taniego stale identyczne drogie lekarstwo, zamiast jednej lub dwu kilka specyfików i recept, jedną naczczo, drugą przed obiadem, trzecią po kolacji, naturalną wodę mineralną zrana, kąpiel z oryginalnej solanki na noc, nie pomijając jednocześnie mocno skomplikowanych recept, wyszukańszych zabiegów zastrzykowych, podskórnych i dożylnych, rękoczynów świetlnych i cieplnych, elektroleczniczych, kwarcówek, diatermji, solluxu i t. p. u pacjentów, w przeważnej swej części nerwowców ambulatoryjnych.

Przy dokładnej analizie i kontroli poszczególnych przypadków okazywało się nieraz, że młoda generacja zbytnio liczyła się ze starą maksymą średniowiecza, raczej partacza i znachora, niż poważnego lekarza godną: *ut aliquid fieri videatur*, co po polsku brzmi: „byle chory miał wrażenie, że się coś koło niego robi".

Rozumiem zastosowanie tej maksymy, gdy lekarz na odczepne daje hypochondrykowi obojętną miksturkę *solaminis causa* lub kąpiel z aromatycznych ziół *suggestionis causa*, ale nie gdy, niewolniczo ulegając bezkrytycznemu żądaniu ubezpieczonego nędzarza, przepisuje mu niepotrzebnie nadmiar niewypróbowanych a drogich leków i świadczeń.

Nie ukrywam, że już przed laty projektowałem w zarządzanej przezemnie instytucji zmuszanie lekarzy przy powtarzaniu lekarstwa do obowiązkowego przepisywania recepty (zamiast symbolicznego Repetatur), gdy ta zawierała zbyt dużo ingredjencji lub kilka środków narkotycznych, słowem, gdy kwalifikowała się do powtórnego zastanawiania się nad celowością przepisu.

Nie potępiam bynajmniej, rozumując, jak wyżej, przepisywania drogich środków, lecz wyłącznie postponuję polypragmazję. O wzbronieniu wskutek drożyzny leku nie winno być, zdaniem mojem, w szanującej się instytucji mowy, byleby lek ów tylko

koił cierpienie, został należycie przez świat lekarski wypróbowany i nie dał się zastąpić również dobrym a tańszym środkiem.

Lekarz może i musi się nauczyć przepisywać zwyczajną, a celową kurację choremu. To jest podstawa zasadnicza umiejętności praktyka-lekarza. Wszak nie pochwalamy ani w życiu publicznem, ani w życiu codziennem i powszedniem tego, co potrafi wydawać dużo, takich jest legjon, to potrafi byle kto, to umie pierwszy lepszy. Stawiamy raczej za przykład tego, co w chwilach potrzeby potrafi ułożyć budżet skromnie, a dobrze. Dlaczegoż, pytam, miałoby być inaczej w dziedzinie zapobiegania i leczenia chorób, gdzie wchodzi w grę ogół, zazwyczaj materjalnie upośledzony, spauperyzowany, sproletaryzowany. Wzorować się na wielkich praktykach, obsługujących finansierę i plutokrację, nie może niewolniczo lekarz młodszy, czynny wśród niższych sfer. Oszczędność obowiązuje w równej mierze ministra i kupca, inżyniera i lekarza.

* * *

Kol. K. wysuwa słusznie nowy — przynajmniej w naszem społeczeństwie — punkt widzenia, twierdząc, że stosunki praktyki od chwili, gdy coraz szersze kręgi ludności objęte zostały ustawodawstwem socjalnem, zmieniły się do gruntu. Praktyka t. zw. wolna jest w zaniku, a większość lekarzy stała się lekarzami Kas Chorych i podobnych instytucyj, charakter zaś pracy w ostatnim wypadku jest zupełnie różny od warunków praktyki wolnej.

Rozrzutny i nieekonomiczny sposób zapisywania leków, szafowanie drogim, nie wypróbowanym jeszcze specyfikiem jest poza tem często i n i e c e l o w y, gdyż lekarz taki w praktyce p r y w a t n e j nie tylko zraża sobie słabszego finansowo pacjenta, ale odstrasza istotnie zubożałe dziś masy od leczenia się indywidualnego wogóle. W praktyce zaś k a s o w e j polypragmatyk tego pokroju, dający *larga manu* — by wziąć pierwszy z brzegu przykład, — wychudzonemu tuberkulikowi zamiast mleka i masła hemogeny i fosfity, zaś sercowemu choremu z daleko posuniętą dusznością zamiast naparstnicy i kamfory aż pięć tasiemcowych rozmiarów recept, jedną na kaszel, drugą na kołatanie serca, trzecią na obrzęki, czwartą na bezsenność, piątą zewnętrzną, zyskuje sobie tu i ówdzie chwilowe, przelotne zaufanie mało inteligentnego pacjenta, ale przez zawrotne sumy, wyrzucone z gestem wielkopańskim do rynsztoka, opróżnia jednocześnie skarbiec Kasy i rujnuje podstawę finansową tejże, marnując kapitały, które mogłyby być obrócone z większym pożytkiem na produkcyjne cele, na bardziej wartościowe świadczenia, o których pisało się niejednokrotnie, jak domy wypoczynkowe, poradnie dla matek ciężarnych lub eugeniczne stacje diagnostyczne i profilaktyczne, gruźlicze i reumatyczne, pomoc ortopedyczna i t. p. Mimo, iż niema zasadniczo leków drogich i tanich, lecz są czynne i obojętne, niezbędne i pożyteczne, szkodliwe i zbyteczne, nie powinien chory komunalny, ubezpieczony, dobroczynny zużytkować dwu- i trzykrotnie więcej lekarstw i świadczeń od pacjenta prywatnego.

* * *

„Poczytałbym — pisałem przed kilku laty — za wielką zasługę farmakologowi, wykładającemu także recepturę, gdyby kilka godzin w roku *ex cathedra* poświęcił temu działowi, a na egzaminie wymagał znajomości jego". Osobiście byłem w tem szczęśliwem położeniu jako wychowaniec głośnego ongi Uniwersytetu niemieckiego w Dorpacie, że zarówno farmakolog, wykładający obok farmakologji historję medycyny, jak farmakognosta, czytający obok farmakologji historję lecznictwa, dużo czasu w wykładach poświęcali tej właśnie sztuce przepisywania recepty i diety racjonalnej a oszczędnej.

To też nieraz zastanawiałem się później w praktyce swojej, czym oszczędny czy też rozrzutny, gdy, przepisując istotnie wynędzniałemu choremu pożądany przezeń, reklamowany mocno specyfik „odżywczy", — który nb. zazwyczaj najbardziej odżywia i tuczy fabrykanta i producenta, — asekuruję siebie i pacjenta podstępnie w ten pospolity a gruby sposób, że polecam brać ową „odżywkę" obowiązkowo na dużej szklance mleka lub śmietanki, z białkiem lub żółtkiem jajka, z pełną łyżką kakao lub czekolady, kryształu lub cukru, co znakomicie i bezsprzecznie podnosi skalę odżywczą specyfiku o wartości zazwyczaj problematycznej.

Gdyby nasze instytucje państwowe i komunalne lub Związki lekarzy kasowych uważały za stosowne, to mogłyby z własnej inicjatywy takie króciutkie wykłady w tej materji od czasu do czasu zainstalować, coby niewątpliwie na dobre wyszło lekarzom, a zaoszczędziło krocie Kasom.

„Oszczędne — mówiłem i powtarzam — a jednocześnie racjonalne leczenie chorych prywatnych jest m o ż l i w e, w niezamożnem społeczeństwie w s k a z a n e, a w instytucjach państwowych, komunalnych, samorządowych, społecznych i ubezpieczeniowych k o n i e c z n e".

Cennik poborów lekarskich, obowiązujący na obszarze:

A. Województwa Lwowskiego (z 26. I. 1925).

W myśl art. 21 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej Dz. Ust. Rz. Nr. 105. poz. 762. ogłasza się po zasięgnięciu opinji Izby Lekarskiej, niniejszy cennik, według którego skali obowiązani są lekarze przyjąć należność, jeżeli nie zawarli oddzielnej umowy ze stroną interesowaną.

Cennik niniejszy określa tylko, w myśl art. 21 powołanej ustawy stopnie poborów:

I. stopień dla lekarzy, mieszkających poza miastem Lwowem.
II. stopień dla lekarzy w mieście Lwowie,
III. stopień dla lekarzy-specjalistów w mieście Lwowie.

Specjalistom poza miastem Lwowem przysługuje II. stopień poborów.

Za specjalistów uznaje się lekarzy, którzy wykonują praktykę lekarską wyłącznie w jednym dziale medycyny i którzy przez dłuższe studja fachowe i praktykę w tym dziale nabyli szczególnego doświadczenia.

Za specjalistów uważa się także lekarzy zdrojowych.

Cennik nie jest minimalnym i każdemu lekarzowi wolno obniżyć taksy cennika, stosownie do stopnia zamożności chorego lub nawet leczyć chorego bezpłatnie.

Nie jest on także maksymalnym i lekarzowi, któryby uważał stawki tego cennika za niewystarczające, wolno umówić się ze stroną o wyższe honorarja.

Cennik niniejszy określa tylko w myśl art. 21 powołanej ustawy ceny przeciętne, obowiązujące lekarza w razie niezawarcia oddzielnej umowy o wysokość honorarjów.

Cennik obowiązuje z dniem jego ogłoszenia.

We Lwowie, dnia 26 stycznia 1925 r.

Wojewoda: *Dr. Garapich* w. r.

Pozycja	Czynność	stopień I	II	III
1.	Ordynacja pierwsza w domu lekarza, we dnie, w godzinach ordynacyjnych, trwająca do 30 minut	6	8	12
2.	Ordynacje następne dla tego samego chorego w warunkach jak pod 1.	4	6	8
3.	Ordynacje następne, częściej się powtarzające w celu drobnych zabiegów, jak wstrzykiwania, drobne zabiegi okulistyczne, i t. p. w warunkach jak pod 1., o ile nie trwają dłużej, niż 15-cie minut — po ..	2	3	4
4.	O ile ordynacja pod 1. lub 2. trwa dłużej, niż 30 minut, a ordynacja pod 3. dłużej, niż 15-cie minut, dolicza się za każdy następny rozpoczęty kwadrans po	2	3	4
5.	Za osobną ordynację, na życzenie strony, poza godzinami ordynacyjnemi dolicza się po	2	3	4
6.	Wizyta i ordynacja w mieszkaniu chorego, w miejscu we dnie t. j. w czasie od godz. 8. do godz. 21 w porze przez lekarza obranej, trwająca wraz z drogą do 30 minut	8	12	16
	W porze przez stronę oznaczonej	10	15	20
	Jeżeli następuje na żądanie strony natychmiast	12	18	25
	Za czas poza 30 minut dolicza się, jak pod 4. Prócz tego należy się lekarzowi zwrot kosztów fiakra (tramwaju).			
7.	W porze nocnej t. j. od godz. 21 do 8 przypada za czynności pod 1. do 6. włącznie należytość podwójna.			
	Udział w naradzie lekarskiej (konsyljum) we dnie dla konsyljarjusza	10	20	30
	w nocy	20	40	60
	Lekarz ordynujący pobiera należytość wedle stawek pod 6. podanych. Za czas zużyty ponad 30 minut dolicza się, jak pod 4., w nocy podwójnie.			
9.	Za wyjazdy do chorych zamiejscowych oprócz należytości za wizytę i ordynację według pozycji 6. dolicza się za stratę każdej rozpoczętej pół godziny we dnie	6	9	12
	w nocy	12	18	24
	Nadto należy się zwrot kosztów fiakra, a przy użyciu kolei należytość za bilet kolejowy II. klasy, dla specjalistów za bilet I. klasy.			

10. Krótkie umotywowanie stanu zdrowia lub choroby 6 8 12
Dłuższe umotywowane świadectwo zdrowia lub choroby 8 10 14
11. Napisanie i wysłanie listu w sprawie leczenia chorego, pozostającego w opiece lekarza 4 6 8
12. Telefoniczne udzielenie informacji w sprawie leczenia chorego, pozostającego w opiece lekarza, oprócz kosztów telefonematu 2 4 5
13. Szczepienie ochronne przeciw ospie wraz z rewizją i napisaniem poświadczenia, prócz kosztów krowianki 4 6 8
14. Za wszelkie rękoczyny przypada należytość według umowy.

B. Województwa Stanisławowskiego (z 13. VI. 1925).

A. Przepisy ogólne.

§ 1. Na podstawie art. 21 ustawy z dnia 3 grudnia 1921 w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. Rz. P. Nr. 105. poz. 762) ogłaszam niżej podany cennik opłat dla lekarzy za wykonywanie praktyki lekarskiej.

§ 2. Lekarzom należy się za czynności zawodowe w wypadkach spornych w braku poprzedniej umowy ze stroną interesowaną opłata podług poniżej podanych stawek.

§ 3. Za specjalistów uznaje się lekarzy, którzy wykonują praktykę lekarską wyłącznie w jednym dziale medycyny i którzy przez dłuższe studja fachowe i praktykę w tym dziale nabyli szczególnego doświadczenia.

§ 4. Cennik obowiązuje z dniem ogłoszenia.

B. Opłaty dla lekarzy.

Pozycja	Czynność	Zł
1.	Ordynacja pierwsza w domu lekarza w godzinach ordynacyjnych, trwająca do $^1/_2$ godziny	5
	Za ordynację dłuższą dolicza się za każdy rozpoczęty kwadrans po	2
2.	Ordynacje następne dla tego samego chorego w warunkach jak pod 1.	3
3.	Ordynacje następne, częściej się powtarzające w celu drobnych zabiegów, jak wstrzykiwania, drobne zabiegi okulistyczne i t. p. w warunkach jak pod 1.	2
4.	Za osobne ordynacje na życzenie strony poza godzinami ordynacyjnemi dolicza się po	2
5.	Wizyta i ordynacja w mieszkaniu chorego w miejscu zamieszkania lekarza we dnie t. j. w czasie od 8 godz. do 20 godz. w porze przez lekarza obranej	8
	W porze przez chorego oznaczonej	10
	Prócz tego należy się lekarzowi zwrot kosztów dorożki	
6.	Udział w naradzie lekarskiej (consilium) dla konsylarjusza	10
	Lekarz ordynujący pobiera należytości według stawek pod 5. podanych.	
7.	W porze nocnej t. j. od godz. 20 do 8 przypada za czynności pod 1. do 6. wymienione należytość podwójna.	
8.	Za wyjazdy do chorych zamiejscowych oprócz należytości za wizytę według poz. 5. dolicza się za stratę czasu za każde rozpoczęte pół godziny	5
	Nadto należy się zwrot kosztów dorożki, a przy użyciu kolei należytość za bilet II. klasy	
9.	Za poświadczenie stanu zdrowia lub choroby	5
10.	Za szczepienie ochronne przeciw ospie wraz z rewizją i poświadczeniem prócz kosztów krowianki	3
11.	Za wszelkie rękoczyny przypada należytość według umowy.	
12.	Dla lekarzy specjalistów opłaty powyższe podwyższa się o 50%.	

Wojewoda: w. z. *De Loges*

C. Województwa Tarnopolskiego (z 31. V. 1925).

W myśl § 21. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921. Sz. Ust. R. P. N. 105. poz. 762, w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, ogłasza Urząd Wojewódzki w Tarnopolu cennik poborów lekarskich, którego lekarz jest obowiązany się trzymać, o ile o wyższe honorarjum nie zawarł oddzielnej umowy ze stroną interesowaną.

Cennik wyszczególnia należytość w złotych, stawki są maksymalne, lekarzowi jednak wolno je obniżyć.

Pozycja	Czynność	Wysokość wynagrodzenia maksymalnego
1.	Ordynacja pierwsza w domu lekarza w godzinach ordynacyjnych trwająca do 30 minut	6
2.	Ordynacja następna dla tego samego chorego na warunkach pod 1.	4
3.	Ordynacje następne, częściej się powtarzające celem drobnych zabiegów np. wstrzykiwania arszeniku i t. p.	2
4.	Wizyta i ordynacja w mieszkaniu chorego we dnie t. j. w czasie od godziny 8 do 21, wraz ze stratą czasu do 45 minut w porze przez lekarza obranej	10
5.	O ile wizyta i ordynacja pod 4. podana, odbywa się w porze przez stronę oznaczonej	15
6.	Za udział w naradzie lekarskiej	20
7.	Przy wyjazdach do chorych zamiejscowych, zalicza się oprócz należytości za wizytę i ordynację, za stratę czasu za każdą rozpoczętą $^1/_2$ godzinę	6
	Przy przejazdach koleją liczy się za bilet II. klasy.	
8.	Świadczenia pisemne w sprawie chorego	6
9.	Wyjęcie zęba bez znieczulenia.	6
10.	Wyjęcie zęba ze znieczuleniem	8
11.	W nocy liczą się stawki podwójnie.	
12.	Przy wyjazdach wolno zaliczać wynagrodzenie za stratę czasu, nie wolno zaliczać wynagrodzenia za przejechane kilometry drogi.	

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. wrzesień 1930 r. W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. Mianowani: Dr. Szulc Gustaw, przeniesiony w stan nieczynny ppułk. lekarz, do odwołania Naczelnym Dyrektorem Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie w IV. st. sł. dekretem z dnia 10. IX. 1930. Dr. Legeżyński Michal, kontr. pracownik w Filji Państw. Zakładu Higjeny we Lwowie, do odwołania asystentem w VIII st. sł. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 17. IX. 1930 r. Przeniesieni: Wojnarski Witold, prow. referendarz w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Zarządu Centralnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych dekretem z dnia 20. IX. 1930 r. We władzach II. instancji. Mianowani: Szymański Kazimierz, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Toruniu dekretem z dnia 30. IX. 1930 r. Dr. Parfanowicz Konstanty, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie pow. Tarnopolskiem do odwołania referendarzem w VIII st. sł. w Urzędzie Woj. Krakowskim dekretem z dnia 10. IX. 1930 r. Sianko Franciszek, prow. referendarz w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Krakowskim dekretem z dnia 16. IX. 1930 r. Zwolnieni: Jaraczewski Edmund, inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Toruniu, z dniem 30. IX. 1930 r. na własną prośbę. Przeniesieni na emeryturę: Dr. Łazarowicz Klemens: w stanie nieczynnym Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej dekretem z dnia 8. IX. 1930 r. Dr. Janikiewicz Stanisław, inspektor lekarski w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie, z dniem 30. IX. 1930 r. na własną prośbę. We Władzach I instancji. Mianowani: Dr. Anselm Oskar, prow. lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowem Brzeskiem, lekarzem powiatowym w VI st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem dekretem z dnia 17. IX. 1930 r. Dr. Jabłoński Władysław, kontr. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowem Siedleckiem, lekarzem powiatowym w VI st. sł. w Starostwie powiatowem Częstochowskiem, dekretem z dnia 8. IX. 1930 r. Dr. Żubr Zygmunt, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Stopnickiem, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie, dekretem z dnia 24. IX. 1930 r.

Związek Uzdrowisk Polskich zawiadamia, iż w nadchodzącym odczytowym sezonie zimowym urządza cykl wykładów uzdrowiskowych przypominających PP. Lekarzom warszawskim wartości i znaczenie lecznicze polskich uzdrowisk. Cykl wykładów otworzy w dniu 31. X. r. b. Docent Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie Dr. A. Sabatowski jeden z najwybitniejszych znawców zagadnienia uzdrowiskowego w Polsce. Następne wykłady w liczbie 15 wygłoszą lekarze uzdrowiskowi poszczególnych uzdrowisk. Dokładny spis i termin wykładów przedstawia się w następujący sposób: 31. X. 30 r. Wykład wstępny doc. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie Dra A. Sabatowskiego. 15. XI. 30 r. Wykład Dra Wiktora Proszowskiego „O Truskawcu". 6. XII. 30 r. Wykład prof. Dra Szmurło J. z Uniw. Stefana Batorego w Wilnie „Walory lecz-

nicze Ciechocinka". 20. XII. 30 r. Wykład Dra St. Sroczyńskiego „O wartościach leczniczych Inowrocławia". 3. I. 1931 r. Wykład Dra Wita Tarnawskiego „O uniwersytetach powszechnych w uzdrowiskach i w jaki sposób przeprowadzono to w Lecznicy Kosowskiej". 17. I. 1931 r. Wykład Dra Antoniego Kaczyńskiego „Właściwości zdrojowiskowe Niemirowa". 31. I. 1931 r. Wykład Dra A. Krassowskiego „Rzut oka na środki lecznicze Solca-Zdroju". 14. II. 1931 r. Wykład o Druskienikach jednego z profesorów uniwersyteckich. 28. II. 1931 r. Wykład o Rabce. 14. III. 1931 r Wykład Dra Wacława Iwanowskiego „Inwestycje Ciechocinka". 28. III. 1931 r. Wykład o Krynicy. 4. IV. 1931 r. Dwa wykłady. Dra J. Sroki „Wskazania lecznicze solanki jodobromowej w Goczałkowicach-Zdroju" i Dra Kotarskiej-Dettloffowej „Wody szczawnickie". 11. IV. 1931 r. Wykład o Nałęczowie. 25. IV. 1931 r. Wykład o Morszynie. 9. V. 1931 r. Wykład o Truskawcu. Wykłady odbywać się będą wieczorem o godz. 20-ej (8-mej) w Sal Aktowej Zboru Ewang. Augsburgskiego, Pl. Małachowskiego 1. Wejście obok Z. Z. M. W. Wstęp na wykłady bezpłatny. Wykłady, o ile możności, objaśniane będą wykresami, bądź też obrazami świetlnemi. Słuchaczom zaś wykładów stać będą do dyspozycji drukowane materjały informacyjne i propagandowe, dotyczące omawianych uzdrowisk. Wykłady połączone będą z ewentualną dyskusją. O każdym wykładzie z osobna będą powiadamiani wszyscy lekarze warszawscy bezpośrednio.

W dniach 24—29 listopada włącznie Państwowa Szkoła Higjeny w porozumieniu z Polskiem T-wem „Trzeźwość" organizuje z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) V kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie". Wykłady odbywać się będą codziennie od 9—13 i od 17—19 wieczorem w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny. Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 5 zł. Dla pewnej liczby słuchaczy sa przewidziane stypendja w postaci zapomogi w wysokości 50 zł lub w postaci bezpłatnego mieszkania i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higjeny. Podania o przyjęcie na kurs oraz o stypendjum, zaopatrzone w dokładny adres kandydata, składać należy pisemnie do Państwowej Szkoły Higjeny (ul. Chocimska 24, Warszawa) najpóźniej do dnia 15 listopada; do podania dołączyć należy: 1) krótki życiorys ze wskazaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji lub organizacji, delegującej kandydata. O przyznaniu stypendjum i o przyjęciu na kurs kandydaci zostaną zawiadomieni przed rozpoczęciem kursu. Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zapisy codziennie Państwowa Szkoła Higjeny—Sekretarjat Kursu.

Kraków.

We środę dnia 12 listopada b. r. odbyło się o godz. 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego L. 4 zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: I. Demonstracje chorych z I. Kliniki chorób Wewnętrznych U. J. 1. Anaemia hypothyreogenes, 2. Osteomalacia. II. Odczyt Dr. Eisenberga p. t. „Nowe horyzonty w biologji zarazków.

Wydział lekarski Akademji Umiejętności. Aby uczynić zadość powszechnie odczuwanej potrzebie, utworzyła Polska Akademja Umiejętności w czerwcu b. r. nowy, czwarty Wydział w swojem łonie, którego zakres działania obejmuje nauki lekarskie. Równocześnie z założeniem Wydziału lekarskiego Akademji rozwiązała się Akademja nauk lekarskich, utworzona przed kilku laty, ale od dłuższego czasu dla braku funduszów nieczynna, a jej członkowie zostali wybrani członkami Polskiej Akademji Umiejętności, przyczem Wydział został uzupełniony wyborem dwóch nowych członków czynnych, prof. Kleckiego z Krakowa i Weigla ze Lwowa. Dyrektorem wydziału lekarskiego Akademji został wybrany prof. Krzyształowicz z Warszawy, sekretarzem prof. Ciechanowski z Krakowa. Wydział wydał już pierwszy dziesięcioarkuszowy zeszyt swego „Biuletynu międzynarodowego" w językach obcych, obejmujący prace naukowe prof. Weigla wielkiej doniosłości, dotyczące tyfusu plamistego i uodparniania przeciw tej chorobie, dalej prace prof. Lenartowicza ze Lwowa z zakresu eksperymentalnych badań chorób wenerycznych, oraz prace prof. Ciechanowskiego i dr. Ściesińskiego z zakresu eksperymentalnych badań nowotworów w szczególności raka. Na posiedzeniu październikowem przyjął Wydział i postanowił ogłosić drukiem 10 prac naukowych, mianowicie dr. Szabuniewicza z Krakowa, dr. Goreckiego, dr. Grzybowskiego, dr. Straszyńskiego, dr. Sterling-Okuniewskiego i dr. Pęskiej, oraz dr. Cytronberga i dr. Goldmanównej z Warszawy i dr. Wróblewskiego z Bydgoszczy. Rozpoczął się także druk pierwszego tomu „Rozpraw" Wydziału w języku polskim.

Warunki przedstawiania i publikacji prac naukowych w wydawnictwach Wydziału lekarskiego Akademji. Autorowie, pragnący przedstawić swe prace Akademji zechcą nadsyłać je pod adresem: „Polska Akademja Umiejętności. Kraków, ul. Sławkowska 17, dla Sekretarjatu Wydziału lekarskiego". Nadesłane prace przedstawiają referenci, wyznaczeni przez Dyrektora Wydziału, na miesięcznych posiedzeniach naukowych, a o przyjęciu pracy do druku rozstrzyga Wydział na posiedzeniach administracyjnych zwyczajnych (§ 11 Statutu, i § 7 Regulaminu P. A. U.). Wydział lekarski P. A. U. posiada następujące wydawnictwa: 1) „Rozprawy Polskiej Akademji Umiejętności, Wydział lekarski" w języku polskim, 2) „Bulletin international de l'Académie", w którym pomieszczane są prace w językach obcych (francuskim, angielskim, niemieckim) nie przekraczające 3 arkuszy druku), 3) „Mémoires de l'Académie", dla prac w językach obcych powyżej 3 arkuszy druku, 4) „Comptes rendus mensuelles des Séances de l'Académie", w językach obcych. Praca, którą przyjęto do druku, może być ogłoszona: 1) albo po polsku w „Rozprawach" Wydziału IV, przyczem musi obowiązkowo wyjść także w języku obcym w „Biuletynie", 2) albo tylko w języku obcym w „Biuletynie". Prace ogłaszane po polsku w innem czasopiśmie mogą za zgodą Wydziału IV P. A. U. być ogłoszone w języku obcym w „Biuletynie Akademji". W razie ogłoszenia pracy po polsku i w obcym języku jeden z tekstów (polski lub obcy) musi być przedłożony w skróceniu. Akademja nie przyjmuje żadnej pracy, ogłoszonej poprzednio gdzieindziej w obcym języku, może jednak zezwolić na publikację w obcym języku pracy, już ogłoszonej w „Biuletynie Akademji". Prace przedkładane Akademji muszą być napisane czytelnie (najlepiej na maszynie) po jednej stronie, jak do druku, a jeżeli mają wyjść w dwóch tekstach (polskim i obcym), to oba teksty muszą być odrazu nadesłane. Nadto do każdej pracy musi być odrazu dołączone streszczenie polskie, najwyżej 45 wierszy druku (dla ogłoszenia w „Comptes rendus"). Teksty prac i streszczeń w języku obcym muszą być zupełnie poprawne. Rysunki, wykresy i t. p., należy dołączać na osobnych kartach (nie wśród tekstu). Akademja zastrzega sobie prawo żądania skróceń nadesłanej pracy przed przyjęciem do druku, oraz prawo ograniczenia liczby tabel i ilustracyj. Korekty autorskie są uwzględniane tylko wtedy, jeżeli zostaną zwrócone Sekretarzowi Wydziału najdalej do 10 dni od daty wysłania ich autorowi. Koszt takich zmian tekstu w korekcie, które wymagają ponownego przełamywania wierszy, ustępów lub stronic, ponosi autor. Honorarjów autorskich Wydział IV. P. A. U. narazie nie przyznaje. Autorowie otrzymują bezpłatnie najwyżej 100 odbitek swej pracy w języku polskim i obcym.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXV. posiedzenie naukowe odbyło się dnia 31 października br. z następującym porządkiem dziennym: 1) Doc. Dr. H. Hilarowicz: a) Wrzód trawienny jelita czczego pooperacyjny, b) wrzód krwawiący żołądka (pokazy). 2) Doc. Dr. A. Gruca: a) przypadek stawu wrzekomego ramienia, b) przypadek nowotworu kolana, c) przypadek gruczolaka wątroby (pokazy), 3) Dr. K. Czyżewski: Przypadek zakrzepu naczyń krezkowych wyleczony operacyjnie. 4) Dr. W. Pisek: Rzut oka na rozwój medycyny wewnętrznej w ostatnim 50-leciu (ciąg dalszy: serce i naczynia).

Poznań.

W niedzielę, dnia 9 listopada 1930 roku o godzinie 11-tej odbyło się w sali Wydziału Lekarskiego T. P. N. (ul. Sew. Mielżyńskiego 26/27) uroczyste Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N., z następującym porządkiem obrad: 1) Prof. dr. Borowiecki: Przemówienie. 2. Prof. dr. Antoni Gluziński (Warszawa): Uwagi nad moim sposobem rozpoznawania raka żołądka umiejscowionego w części odźwiernikowej na tle wrzodu żołądka. Po zebraniu skromny wspólny obiad w Bazarze.

Sprostowanie omyłki druku.

W ogłoszonym w numerze 44—45-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. artykule Dra Eryka Obstaendera p. t. Przyczynek do t. zw. „dystrophia pluriglandularis neurofibromatosa" na stronie 878, szpalta druga w wierszu dziewiątym od dołu zamiast „erotycznym" ma być „eretycznym".

Redakcja otrzymała:

L. Lortat Jacob et G. Solente: „La cryothérapie". Masson et Cie. Paris. 1930.

L. Diodès: „Téléradiographie. Stéréoradiographie". Applications médico-chirurgicales. Masson et Cie. Paris. 1930.